วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - July 2026

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL10 NO.2 April - June 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง 1
วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดพัทลุง 15
วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์

การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 28
ปิยะมาศ ปรีชาฎก

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี 38
ศิริพรรณ สุชาติสุนทร ,อรุณี ต้นพงษ์เจริญ ,ณัฐพัชญ์ นาคสมพันธ์ ,พิมรพี ระย้า

ผลของโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 50
วรรณา กุลหกูล ,ขนิษฐา วงษ์สด ,ผาสุก มั่นคง

การยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน : จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อโดยเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน 62
บุษบา บัวผัน ,วิลาวัลย์ ปากวิเศษ ,อมรพรรณ ทับทิมดี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี 75
ขนิษฐา วงษ์สด ,พัชรา สาดตระกูลวัฒนา ,ผาสุก มั่นคง ,วรรณา กุลหกูล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย 86
พัชรา สมซื่อ ,อารีย์วรรณ เที่ยวรอบ ,ภคพร เที่ยวรอบ ,ชัชวาล วงค์สารี

ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี 98
สิวุฒิ วงค์ศิริ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ 109
วาสนา นาชัยเริ่ม ,ธันวา ใจเที่ยง ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง

ประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ต่อความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 117
อดุลกฤษณ์ นาต๊ะ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา 129
น้องขวัญ สมุทรจักร ,พัชรินทร์ ไชยบาล ,สุทธิพร พรมจันทร์ ,กนกพรรณ ศรีวิชัย

การพัฒนาและประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน: การวิจัยและพัฒนาแบบหลายระยะ 139
พิมพ์พัทธ์ชา พุทธิเมธี ,รัตติกาล อาชะวะบูล ,อุดมพร สินธุโคตร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา 149
กัลยกร รับงาน ,ณีรนุช วงค์เจริญ ,อรพิญ บัวงาม ,นงเยาว์ เฉพาะธรรม

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio 158
อนุรักษ์ คำประพันธ์ ,ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง

การพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา 168
บุญฤทธิ์ ก้านแก้ว

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน 178
นลินี กิณเรศ

ปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทย 190
ภาวิศา การัตน์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

อิทธิพลของคุณภาพการให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 202
อรนิษฐ์ แสงทองสุข

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ชุมชนคลองตำหรุ ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 210
ณัฐกานต์ ตัวสะอาด ,สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชุมพร 217
รุ่งนภา สวัสดิ์ภักดี

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา 231
กัลยา บุณยศรีสวัสดิ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลอุดรธานี 241
อรทัย ใจกว้าง ,ศิตานันท์ วรรณเสน

การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน 252
บุญทูล กราวกระโทก

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 264
ปุญญาพร พูลบวรรักษ์ ,วราภรณ์ จันทร์เวียง

ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น 274
บุษราภรณ์ ศรีสงค์ ,วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข

ของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 286
เรืองศิริ เจริญพงษ์ ,วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล ,ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข

ของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 297
อุบลวรรณ ทองทัพไทย ,วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข

หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี (อพ.สธ.) ป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สู่แหล่งเรียนรู้สังคมคาร์บอนต่ำและยั่งยืน 310
ปริญญา สุกแก้วมณี

ศักยภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 320
บุญญาพร ลำซาง ,ศิวาพร มหาทำนุโชค

การพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ตามมาตรฐาน HAIT เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) 330
รุจิศักดิ์ บวรชาติ

รูปแบบการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น 339
อภิสรา ธำรงวรางกูร ,พวงเพชร จันทร์บุตร

การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 351
ณัฐชยา ใจบุญนอก ,ปะราลี โอภาสนันท์

รูปแบบการแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย โดยเครือข่ายพยาบาลชุมชน ครู ครอบครัว และชุมชน 363
ธัชชัย ใจคง ,ธัญพิชชญา ติณณ์ธนหิรัญ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร 370
พิรุณลักษณ์ บุญตะหล้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 8 381
ศุภลักษณ์ นิยะสม ,วรรณชนก จันทชุม

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL11 NO.2 April - June 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาโดยใช้ค่าความน่าจะเป็นจากข้อมูล Autosomal STR 23 ตำแหน่ง ในประชากรไทย 394
อนุรักษ์ คำประพันธ์ ,ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและผลกระทบของมอร์ฟีนต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 402
ธนเมศวร์ แท่นคำ ,ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ ,บัณฑิต ชุมวรฐายี ,ภูชิต ดาบภูเขียว ,พนิดา พิทยกิตติวงศ์,ธนพล ศรีวงษ์
สาธิตา ภัทรบุณย์พงศ์ ,กัญญาภัค ศิลารักษ์ ,วิจิตรา เสนา ,ขจรศักดิ์ สีวาที ,กัลยา ปังประเสริฐ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย 416
มณฑิณี อักษรดิษฐ์ ,สิรินันท์ สุวรรณาภรณ์ ,ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์

ภาวะโลกร้อนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตก 423
ญษมณ ละทัยนิล

มุมมองของทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย 432
รจิต จันทร์ประสิทธิ์ ,รุจิรา แสนดี

การพัฒนาและประเมินผล 6 แผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัฒนานคร 441
หรรษา นิลพรมมา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ 451
มาลินี พริ้งเพราะ

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยาต่อความวิตกกังวล ความปวดและความพึงพอใจ 464
รินณารา สายแสม

การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย การวิจัยเชิงสังเคราะห์วรรณกรรมขอบเขตกว้าง 471
ธีรภัทร วิชิตนาค

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ จังหวัดอุบลราชธานี 480
ณัฐพร ทองวรรณ ,สุทธีพร มูลศาสตร์ ,สมนึก สกุลหงส์โสภณ

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันดิบจากวัสดุจากธรรมชาติ 491
ประยุกต์ เดชสุทธิกร ,จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล ,โชติกา โยคาพจร ,เปรมกมล คุ้มไข่น้ำ และวริศรา ไชยต้นเทือก

ผลของโปรแกรมสานพลังครอบครัวต่อการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเขตอำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา 499
จีรศักดิ์ พุทธนิยม

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนต่อระดับความเจ็บปวดและการจำกัดการทำหน้าที่ ของข้อไหล่ในผู้ที่มีภาวะไหล่ติด: การศึกษาแบบย้อนหลัง 507
ปานปริญญ์ ปิ่นสกุล ,ศศิธร พุฒฟัก ,เบญจวรรณ ใจบุญ ,ปารวี มุสิกรัตน์ ,พสธร สาริการินทร์ ,สุวิทย์ อริยชัยกุล

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 515
ธรรมธิดา เลิศมงคล ,ศิวาพร มหาทำนุโชค

กลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ใน ผู้สูงอายุ: บทเรียนเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 529
ประภาส ปาลี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น จังหวัดสุโขทัย 542
ภัทราพร ด่านปาน ,ณรงค์ ใจเที่ยง ,เมธิณี อินทรเทศ

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอำนาจเจริญ 551
วิไล พรหมบุตร ,สุทธีพร มูลศาสตร์ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ

เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันทางการแพทย์และกิจกรรมการบริการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีบุตรยาก 561
ภคพร เที่ยวรอบ ,อารีย์วรรณ เที่ยวรอบ ,ลาวัณย์ ผลสมภพ ,ชัชวาล วงค์สารี

ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี 571
จุฑารัตน์ เรืองชุม ,อุไรวรรณ ศุภศิลป์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่เกาะ 580
ศิรณัฐ นาวงศ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการรักษาแบบอนุรักษ์ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ 591
คณิต ทองประเสริฐ

ประสิทธิผลการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 599
ชัยยงค์ โพธ์ศรี

ผลการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โรงพยาบาลสระบุรี 610
ปฐมา สุคนธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี 619
วรรณพร ดวงศิลป์ ,สุทธีพร มูลศาสตร์ ,วันเพ็ญ แก้วปาน

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 634
บุญนิสา ภูมิศรี

ประสิทธิผลในการรักษา ภาวะเหงื่อออกมากที่รักแร้ ด้วยไมโครโฟกัสอัลตราซาวด์ 648
รัตภูมิ แก่นศักดิ์ศิริ

การทดสอบโปรแกรมการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ความมั่นใจและทักษะของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดกำแพงเพชร 656
ตุลนาฒ ทวนธง ,ธัญญา พลับพลาทอง

การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และญาติสายตรง ในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ 664
ปาลิกา หุ่นไทย

การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร 675
สัญชาติ พลมีศักดิ์ ,นริศรา อารีรักษ์ ,ถนอม นามวงศ์

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา 689
สรณ บุญลักษณ์

การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือในการเพิ่มการมาตามนัดและความสม่ำเสมอ ในการรักษาด้วย ART ในผู้ป่วยใช้สารเสพติดร่วมกับติดเชื้อ HIV ขาดนัด ณ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลสังคม 699
นวพร ค้าข้าว

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ 707
ดรุณี ไตรยางค์

การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาประสะไพล ในการรักษาอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิในสตรีโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี 721
สมชาย ชินวานิชย์เจริญ ,รสมาลิน อินตายวง ,สมปราชญ์ ชินวานิชย์เจริญ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome ในผู้ป่วย HIV ที่ได้รับยา Tenofovir Disoproxil Fumarate โรงพยาบาลพะเยา: การศึกษาเชิงสังเกตแบบติดตามย้อนหลัง 730
ไกรรัตน์ คำดี

การวิจัยกลยุทธ์การป้องกันสมองเฉพาะบุคคลในการผ่าตัดซ่อมแซมสร้างส่วนโค้ง ของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้วยเทคนิคเจาะช่องเปิดแบบสามแขนง 739
Peiyong Hou ,พิมพร ทองเมือง ,สาริศักดิ์ สุนทรชัย ,Xiaoqiang Qiu

ปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อชนิดโรลออน ที่วางจำหน่ายในประเทศไทย 746
อังคณา ยืนชีพ ,ปองศิริ คุณงาม

การบูรณาการระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ: กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชน 753
นิตินันท์ พงษ์สรอย

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL11 NO.2 April - June 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยเชิงบูรณาการที่ส่งผลความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 763
ศรัญญ่า เหล็กกาณกูล

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะ Hypoglycemia ที่เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 777
นงค์นุช บุณยมณี ,วาสนา บุณยมณี

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ .. 786
กุลชาติ วัฒนวงศ์ เวฬุวนารักษ์ ,อารี บุตรสอน ,พุทธิไกร ประมวล

พัฒนาชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Barthel Activities of Daily Living :ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ 796
กุลธิรัตน์ ใสสีสูบ ,วาสนา บุณยมณี ,สุพิศ กุลชัย ,นภารินทร์ นวลไธสง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช 805
กรีชฎา ทองวิจิตร

การวิเคราะห์ ความแตกต่างลักษณะทางเพศย้อนหลัง ในทางคลินิกและการพยากรณ์โรคของภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี ตามการจำแนกของสแตนฟอร์ด 816
เคอ จาง ,พิมพร ทองเมือง ,สาริศักดิ์ สุนทรชัย ,กวงชิว ฉิน

ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ 825
ธีรภพ เอื้อเจริญทรัพย์ ,ชาญเดช แสงงาม ,อจลา ประชาญสิทธิ์ ,นันทวรรณ จินากุล

การสำรวจปริมาณสารอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนชนิดผงชงดื่มจากพืชที่วางจำหน่ายในประเทศไทย 834
ศวิตา จิตรโอวาท

คุณค่าการพยากรณ์ของดัชนีไตรกลีเซอไรด์–กลูโคสและอัตราส่วนไตรกลีเซอไรด์ต่อไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูงต่อโรคตับคั่งไขมันที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการเผาผลาญที่คงอยู่ในผู้ใหญ่ชาวไทย..... 839
สุรศักดิ์ ศศะภูริ ,ภาวิต หน่อไชย

ผลของโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ 847
สุพิศ กุลชัย ,กุลธิรัตน์ ใสสีสูบ ,วาสนา บุณยมณี ,นภารินทร์ นวลไธสง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนพหุวัฒนธรรม ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน 857
พรศรี งามรวี ,ศิวาพร มหาทำนุโชค ,อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน 865
ชุลีภรณ์ ปักกาเวสา ,พิมลดา ลัดดางาม ,ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์ ,สุปิยา วิริไฟ ,ธนัทอร พรมลี ,วิศรุต ศรีสว่าง

การศึกษาการรับรู้และผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร 877
รังสิมา ศฤงคารนฤมิตร ,มาศ ไม้ประเสริฐ

ปัจจัยทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ 887
อัจฉรี สมยา ,อารีจิต นฤมิตกริ่มกมล

การตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนของตะกั่วและแคดเมียมในผงชิงออร์แกนิกสำเร็จรูปที่จำหน่ายในตลาดออนไลน์ประเทศไทย 898
ญาณิศา ต้นสกุล ,เอกราช บำรุงพืชน์

การวิเคราะห์ปริมาณสารปรอทในแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 907
ชัญญานุช ศรีพิพัฒน์ ,ภาวิต หน่อไชย

การประเมินความถูกต้องของฉลากโภชนาการและคุณภาพโปรตีนในผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนสำเร็จรูปชนิดผงที่มีจำหน่ายในประเทศไทย 920
ปิติ ศิริสุทธานันท์

การประเมินคุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่วางจำหน่ายในประเทศไทย 928
นัท เสาวมล ,มาศ ไม้ประเสริฐ

ของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมหาสารคาม 935
ปวริศา ทินวัน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ 944
อธิพงศ์ สุริยา ,สาวิตรี สิงหาด

การพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 955
นภัสร เรืองวิชา ,กุลวดี อภิชาติบุตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ

การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน 968
ณัฐพร อุตะมะ ,สมใจ ศิระกมล ,ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก 980
มลิจันทร์ เกียรติสังวร ,รัชนี หาญสมสกุล

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามภาวะขาดวิตามินดีฉบับแปลภาษาไทย โดยเปรียบเทียบกับระดับ 25-ไฮดรอกซีวิตามินดีในเลือดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 991
วิภาวี แจ่มวัฒนาไทย ,กษิดิศ หล้าวงษา ,ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์

ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 1000
จินตนา สินทอง

การคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานโดยอาศัยปริมาณกรดยูริกในเลือด 1007
ชัชชฎา เล็กเจริญสุข ,ภาวิต หน่อไชย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก 1014
ณัฏฐณิชา เขียวณรงค์

ประสิทธิผลของสารสกัดจากส้มสีแดง (REDORY™) ในการลดการเกิดรอยดำจากรังสี UVB 1023
สราชล พาเรือง ,ปองศิริ คุณงาม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 1035
อัจฉรา ประสงค์จินดา ,อรุณ บุญสร้าง ,อารี บุตรสอน

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี 1047
ศิริพรรณ สุชาติสุนทร , อรุณี ต้นพงษ์เจริญ ,ณัฐพัชญ์ นาคสมพันธ์ ,พิมรพี ระย้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม..... 1060
คัทลียา วารีไส ,ประภาเพ็ญ สุวรรณ

การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา ผลของพรมมิกับโรคเรื้อรัง หลักฐานเชิงประจักษ์และมุมมองในอนาคต 1069
นรมน ประภาสิทธิ ,ภาวิต หน่อไชย

การพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อเสริมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่ 1080
พิพัฒน์ พุทธโร

การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับเครือข่ายอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม 1092
ไชยณรงค์ วาปี ,ภาณุพงศ์ มูลสาร

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดสิงห์บุรี 1101
ขนิษฐา วงษ์สด ,พัชรา สาดตระกูลวัฒนา ,ผาสุก มั่นคง ,วรรณา กุลหกูล

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ 1113
พิมพ์วดี จิรวิกรานต์กุล

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคม 1123
ศราวุธ ศรีบุรินทร์

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL11 NO.2 April - June 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย 1131
พศิกา จันทร์สมบัติ ,ณฐา เมธาบุษยาธร

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยายเกี่ยวกับความปลอดภัยของโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอระหว่างการตั้งครรภ์ในเวชศาสตร์ความงาม 1146
ณัฐนิชา หาญรัตนกุล ,ปองศิริ คุณงาม

การคัดกรองการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 1157
สุกัญญา รังษี ,เยี่ยม คงเรืองราช ,อภิชาติ เจริญยุทธ

ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 1167
วีรวัฒน์ รัศมี

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดกระบี่ 1177
พิพัฒน์ พุทธโร

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 1190
เกียรติศักดิ์ พวงพลอย

ปริมาณสารโลหะหนักตกค้างในผลิตภัณฑ์ผงมัทฉะที่จำหน่ายในประเทศไทย 1204
รัสริณทร์ ด้วยเศียรเกล้า

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 1213
ชัญญ์รัชต์ หยกกชพันธ์งาม ,รานี แสงจันทร์นวล

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร 1223
ตระกูลไทย ฉายแม้น

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ 1237
ณัฐกฤตา วุฒิยา

ประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก 1249
ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี ,พิมลดา ลัดดางาม ,คำใหม่ สุขุนา ,พฤฒิศักดิ์ จันทราทิพย์

การใช้แอปพลิเคชันร่วมกับน้ำยาตรวจสอบการล้างมือเพื่อประเมินตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมในโรงพยาบาลแหลมฉบัง 1259
ดิษพล ฐิติวราภรณ์ ,Katsunori kaneko ,กัณฑิมา ธรรมชาติ

การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย 1269
วรรษมณท์ วงศ์วรรณ ,ปะราลี โอภาสนันท์

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อม อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี 1279
อ้อยใจ ศิริกาญจน์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 1289
อรรคเดช อรรคเศรษฐัง

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา 1304
อาภาภรณ์ หาญณรงค์ ,ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา ,ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร 1313
กิตติศักดิ์ ประคองสิน ,อรทัย ทองขัน

การพัฒนาโปรแกรม G-RDU เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับร้านค้าชำในจังหวัดร้อยเอ็ด 1324
มานิตย์ ทวีหันต์ ,พัฐเดช มกรารัตต์ ,พิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด 1337
มานิตย์ ทวีหันต์ ,พัฐเดช มกรารัตต์ ,พิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์

การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม 1349
ประดับดาว ไพศาลสิงห์ ,พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 1361
รัชฎา ไสวารี ,จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป (M1) เขตสุขภาพที่ 8 1370
นิตยา บุตรประเสริฐ ,วรรณชนก จันทชุม

ผลลัพธ์การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 1381
มาลินี ชาบำเหน็จ

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช 1395
วจินี จงจิตร ,สุภาวรรณ แพรกทอง ,นพมาศ โกศล

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการทำแผลแบบสมัยใหม่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 1403
วรณัน ธีร์สุดาพรรณ ,วิภาดา ศรีมันทยามาศ ,วรวรรณ สุภาตา ,วันเพ็ญ บุญประเสริฐ ,ชลดา ดารายน

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1412
วรางคณา หงษ์สีทอง ,ภาญจนา จันทะนุย ,เยาวพัชร รัฐหนองขี ,สุทธินนท์ เสนารินทร์ ,อุบล เชื้อนิตย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 1427
นาตยา ศรีสง่า

ช่องว่างของข้อมูลข่าวสารระหว่างทันตแพทย์ กับผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน 1437
เยาวลักษณ์ สุขทวี ,สุทธิ มาลัยวิจิตรนนท์

การพัฒนาแนวทางการให้บริการรังสีการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ 1446
กฤษณะ ชาตาสุข

การพัฒนาประสิทธิภาพระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล 1455
กฤษณะ ชาตาสุข

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 1465
อักษรภัค บัวศรี

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 1478
ยุทธพงษ์ ธนากรจักร์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุร่วมกับภาวะช็อกด้วยการผ่าตัดช่องท้อง : กรณีศึกษา 1488
ภคมน เพชรรัตน์

ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา 1499
ปิยะทิพย์ สุทธิศรีศิลป

ผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก อายุแรกเกิด - 5 ปีที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า 1511
อุไรวรรณ สามพันพ่วง

ผลของโปรแกรมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 1520
วัชราพร ธีระธรรมประชา

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL11 NO.2 April - June 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร 1530
เกียรติพงษ์ อุ่นแก้ว ,แพรวพรรณ สีสมพาน

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว 1542
รุ่งนภา สิทธิพล ,ประภาสิริ หอนตะคุ ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,สมพงษ์ บุญณะอินทร์ ,อดิเรก ขุนสนิท ,พนิดา ยอดผลกรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์ ,อรวรรณ ตาพยุง ,จำเนียร สุวรรณชาติ ,วรากร เกรียงไกรศักดา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว 1554
ประภาสิริ หอนตะคุ ,รุ่งนภา สิทธิพล ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,สมพงษ์ บุญณะอินทร์ ,อดิเรก ขุนสนิท ,พนิดา ยอดผล กรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์ ,อรวรรณ ตาพยุง ,จำเนียร สุวรรณชาติ ,วรากร เกรียงไกรศักดา

การพัฒนารูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว 1566
รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,รุ่งนภา สิทธิพล ,ประภาสิริ หอนตะคุ .สมพงษ์ บุญณะอินทร์ ,อดิเรก ขุนสนิท ,พนิดา ยอดผลกรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์ ,อรวรรณ ตาพยุง ,จำเนียร สุวรรณชาติ ,ธงชัย ทองบู่ ,วรากร เกรียงไกรศักดา

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก 1579
พุฒิพงศ์ มากมาย ,ศโลชา เชื้อดี ,คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ ,สมพงศ์ คำสาร ,วลัยลักษณ์ วิทย์กิตติลักษณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก 1586
สมพงศ์ คำสาร ,ศโลชา เชื้อดี ,คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ ,พุฒิพงศ์ มากมาย ,วลัยลักษณ์ วิทย์กิตติลักษณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย 1593
รสสุคนธ์ นามวัฒน์ ,จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร

การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร 1602
อัจฉราวดี บุญทศ ,จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร

ประสบการณ์การรับรู้ ความเข้าใจ และช่องว่างความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาของวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม : การวิจัยเชิงคุณภาพ 1612
สุพัฒน์ชัย ปราบศัตรู ,ณัฏยา อ่อนผิว ,กมลนัทธ์ คล่องดี ,ณิชาพร ทิพสิงห์ ,จรินทร โคตรพรม ,เปรียบแก้ว ฝาระมี พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน ,กุลธิดา ยะสะกะ ,นริฏา ฟักแก้ว

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 1623
วีระวุฒิ ศรีอำนวย ,พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์ ,นงลักษณ์ โคกสีอำนวย ,มัตติกา พิมพ์ชารี ,ปรียาดา ผิวพันธมิตร

การพัฒนาศักยภาพร้านขายยาในจังหวัดนครพนมด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ..... 1635
พรพิทักษ์ กอมสิน และณัฐนิชา อาจแก้ว

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว 1646
วรรนิภา เกลี้ยงสุวรรณ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี 1656
คณาพร สื่อดวงจิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตร่วมกับโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา..... 1667
วันทนา ศิริสวัสดิ์

ผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 1681
จรัสศรี อาจศิริ ,ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ,กานติมา ธาตุวิสัย

การพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะกลาง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายโรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี 1696
ช่อทิพย์ ชาวเขาดิน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย 1710
จรัสศรี อาจศิริ ,ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ,ณัฐริการ์ อึ้งสวัสดิ์

การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Cephalopelvic Disproportion (CPD) ในหญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลระนอง 1725
นัยนา ทองสกุล

ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี 1737
อภิเดช พรหมคุ้ม

การพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย 1750
ภาวิศา การัตน์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 1765
อรนิษฐ์ แสงทองสุข

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร 1773
รัชนี บรรจง

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม 1784
ภูนีรัตน์ ลี้พล

บทบาทใหม่ในโลกใบเดิม: การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนโดยสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขและเครือข่ายสตรี 1791
บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์ ,อัจฉรา ประกอบมี ,เยาวลักษณ์ มีบุญมาก ,อังสินี กันสุขเจริญ

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กรเพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต 1801
สุนันทา ขจรรุ่งเรือง

การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ 1811
สุวรรณี บุญพูนเลิศ

ประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานต่อความตั้งใจในการเลิกเสพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เข้ารับการบำบัดแอมเฟตามีน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 1822
พศิษฎ์ เสริมสาย ,กุญฤดี โง้วศิริ ,ลิหล่า ศรีพวงเพิด ,พัชยา ดวงแสนโว ,สุธิพงษ์ สีสมสอน

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ 1831
ณัฐพงษ์ โพธิบุตร , พุทธิไกร ประมวล

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน จังหวัดพัทลุง 1843
พินิจสินธุ์ เพชรมณี ,เด่นดัง จำเริญ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 42 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อ การส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอด ประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio การก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน การให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - July 2026

Part I

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง 1
วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดพัทลุง 15
วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์

การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 28
ปิยะมาศ ปรีชาฎก

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี 38
ศิริพรรณ สุชาติสุนทร ,อรุณี ต้นพงษ์เจริญ ,ณัฐพัชญ์ นาคสมพันธ์ ,พิมรพี ระย้า

ผลของโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 50
วรรณา กุลหกูล ,ขนิษฐา วงษ์สด ,ผาสุก มั่นคง

การยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน : จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อโดยเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน 62
บุษบา บัวผัน ,วิลาวัลย์ ปากวิเศษ ,อมรพรรณ ทับทิมดี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี 75
ขนิษฐา วงษ์สด ,พัชรา สาดตระกูลวัฒนา ,ผาสุก มั่นคง ,วรรณา กุลหกูล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย 86
พัชรา สมซื่อ ,อารีย์วรรณ เที่ยวรอบ ,ภคพร เที่ยวรอบ ,ชัชวาล วงค์สารี

ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี 98
สิวุฒิ วงค์ศิริ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ 109
วาสนา นาชัยเริ่ม ,ธันวา ใจเที่ยง ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง

ประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ต่อความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 117
อดุลกฤษณ์ นาตัะ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา 129
น้องขวัญ สมุทรจักร ,พัชรินทร์ ไชยบาล ,สุทธิพร พรมจันทร์ ,กนกพรรณ ศรีวิชัย

การพัฒนาและประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน: การวิจัยและพัฒนาแบบหลายระยะ 139
พิมพ์พัทธ์ชา พุทธิเมธี ,รัตติกาล อาชะวะบูล ,อุดมพร สินธุโคตร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา 149
กัลยกร รับงาน ,ณีรนุช วงค์เจริญ ,อรพิญ บัวงาม ,นงเยาว์ เฉพาะธรรม

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio 158
อนุรักษ์ คำประพันธ์ ,ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง

การพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา 168
บุญฤทธิ์ ก้านแก้ว

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน 178
นลินี กิณเรศ

ปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทย 190
ภาวิศา การัตน์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 1

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

อิทธิพลของคุณภาพการให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 202
อรนิษฐ์ แสงทองสุข

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ชุมชนคลองตำหรุ ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 210
ณัฐกานต์ ตัวสะอาด ,สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชุมพร 217
รุ่งนภา สวัสดิ์ภักดี

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา 231
กัลยา บุณยศรีสวัสดิ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลอุดรธานี 241
อรทัย ใจกว้าง ,ศิตานันท์ วรรณเสน

การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน 252
บุญทูล กราวกระโทก

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 264
ปุญญาพร พูลบวรรักษ์ ,วราภรณ์ จันทร์เวียง

ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น 274
บุษราภรณ์ ศรีสงค์ ,วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข

ของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 286
เรืองศิริ เจริญพงษ์ ,วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล ,ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข

ของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 297
อุบลวรรณ ทองทัพไทย ,วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข

หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี (อพ.สธ.) ป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สู่แหล่งเรียนรู้สังคมคาร์บอนต่ำและยั่งยืน 310
ปริญญา สุกแก้วมณี

ศักยภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 320
บุญญาพร ลำซาง ,ศิวาพร มหาทำนุโชค

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 42 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อ การส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอด ประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio การก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน การให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง

Development of Health Literacy Promotion Model for Hypertension High-Risk Groups in Phatthalung Province.

(Received: June 21, 2026; Revised: June 21, 2026; Accepted: June 27, 2026)

วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์[1]
Watcharin Srisomphot[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพัทลุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2568 เดือนพฤษภาคม 2569 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพัทลุง จำนวน 400 ราย จากพื้นที่ 11 อำเภอ คัดเลือกโดยคำนึงถึงสัดส่วนกลุ่มเสี่ยง ขนาดประชากรในแต่ละอำเภอ และการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินงาน กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 70.13 เป็นร้อยละ 81.58 การรับรู้/แรงสนับสนุน/สมรรถนะแห่งตนเพิ่มจากร้อยละ 62.31 เป็นร้อยละ 73.14 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มจากร้อยละ 63.98 เป็นร้อยละ 72.50 มีผลต่างเฉลี่ย 8.52 คะแนน โดยทุกตัวแปรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านสภาวะสุขภาพหลังการขยายผล พบว่าค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดจาก 127.40 เป็น 123.41 มิลลิเมตรปรอท มีผลต่างเฉลี่ย -3.99 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดจาก 80.98 เป็น 78.33 มิลลิเมตรปรอท มีผลต่างเฉลี่ย -2.65 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกายลดจาก 25.84 เป็น 25.26 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีผลต่างเฉลี่ย -0.57 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และเส้นรอบเอวลดจาก 91.08 เป็น 90.20 เซนติเมตร มีผลต่างเฉลี่ย -0.88 เซนติเมตร โดยทุกตัวแปรลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การรับรู้, พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research and development study aimed to investigate the health status and conditions of at-risk groups for hypertension in Phatthalung Province and to develop a health literacy promotion model for hypertension prevention among these at-risk groups in Phatthalung Province. The study was conducted from June 2025 to May 2026, totaling 12 months. The sample consisted of 400 at-risk individuals for hypertension in Phatthalung Province from 11 districts, selected using stratified random sampling based on inclusion criteria, considering the proportion of at-risk groups, population size in each district, and criteria for inclusion. Data were collected from questionnaires and health status records. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics.

The study results showed that after implementation, the at-risk group's average health literacy score increased from 70.13% to 81.58%, perceived/support/self-efficacy increased from 62.31% to 73.14%, and the average score for disease prevention behaviors increased from 63.98% to 72.50%, with an average difference of 8.52 points. All variables increased significantly at the 0.05 statistical significance level. Regarding health status after extension, systolic blood pressure decreased from 127.40 to 123.41 mmHg

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

(average difference -3.99 mmHg), diastolic blood pressure decreased from 80.98 to 78.33 mmHg (average difference -2.65 mmHg), and body mass index decreased from 25.84 to 25.26 kg/m² (average difference -0.57 kg/m²). And waist circumference decreased from 91.08 to 90.20 centimeters, with an average difference of -0.88 centimeters. All variables decreased significantly at the 0.05 statistical level.

Keywords: Health literacy, Perception, Hypertension prevention behaviors, Hypertension risk group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อย มีระยะดำเนินโรคยาวนาน มักไม่แสดงอาการชัดเจนในระยะแรก แต่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบหัวใจ หลอดเลือด สมอง ไต และอวัยวะสำคัญอื่น ๆ หากไม่ได้รับการป้องกัน คัดกรอง ควบคุม และจัดการอย่างเหมาะสม โรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับการกล่าวถึงในฐานะ “ภัยเงียบ” ที่ทำให้ประชาชนจำนวนมากไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองจนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว ไตเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1,2]

โรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมหลายประการ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านมาตรการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันควบคู่กับการสร้างระบบสนับสนุนจากหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่[1,3]

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงกว่าปกติหรือมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคในอนาคต โดยทั่วไปกลุ่มเสี่ยงมักหมายถึงบุคคลที่มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 120–139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว 80–89 มิลลิเมตรปรอท และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือยังไม่ได้รับยาลดความดันโลหิต[4]

การดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยงจึงไม่ควรเป็นเพียงการแจ้งผลการคัดกรองหรือให้เอกสารสุขศึกษาเท่านั้น แต่ควรพัฒนาเป็นกระบวนการเรียนรู้และติดตามที่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจค่าความดันโลหิตของตนเอง ตีความความเสี่ยงได้ถูกต้อง เห็นประโยชน์ของการปรับพฤติกรรม สามารถวางแผนการดูแลตนเองที่เหมาะกับวิถีชีวิต และได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว อสม. บุคลากรสาธารณสุข และชุมชนอย่างต่อเนื่อง แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมและการเสริมสร้างศักยภาพบุคคลและชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง[1,5]

จากข้อมูลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดพัทลุง พบว่าจังหวัดพัทลุงมีประชากรเป้าหมายในการคัดกรองจำนวน 165,274 ราย ได้รับการคัดกรองจำนวน 152,376 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.20 ผลการคัดกรองพบกลุ่มปกติจำนวน 106,090 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.62 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 34,576 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.69 กลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 10,941 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.18 และกลุ่มป่วยส่งพบแพทย์จำนวน 519 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.34 เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่าอำเภอที่มีสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ อำเภอป่าพะยอม ร้อยละ 27.69 อำเภอตะโหมด ร้อยละ 27.22 อำเภอปากพะยูน ร้อยละ 27.21 อำเภอศรี

บรรพต ร้อยละ 25.90 และอำเภอเขาชัยสน ร้อยละ 24.46[6]

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกระจายอยู่ในหลายพื้นที่ของจังหวัดพัทลุง มิได้จำกัดอยู่เฉพาะพื้นที่เมืองหรือพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงต้องเป็นรูปแบบที่สามารถปรับใช้ได้ในบริบทพื้นที่ต่าง ๆ มีองค์ประกอบที่ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับระบบบริการปฐมภูมิ และมีระบบติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และครัวเรือน ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงจังหวัดพัทลุงพบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 69.60 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อและการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ และการจัดการตนเองและการนำข้อมูลไปใช้ ผลดังกล่าวสะท้อนว่ากลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้ระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน[6]

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยบริการสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนถูกกำหนดโดยปัจจัยหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงเป็นกลไกสำคัญในการทำให้การส่งเสริมสุขภาพมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ในบริบทจังหวัดพัทลุง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และตัวแทนกลุ่มเสี่ยง แต่ละภาคส่วนมีบทบาทแตกต่างกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอทำหน้าที่กำหนดทิศทาง ประสานงาน สนับสนุนวิชาการ และกำกับติดตาม หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่คัดกรอง ประเมิน ให้คำปรึกษา และติดตามกลุ่มเสี่ยง อสม. และผู้นำชุมชนทำหน้าที่เป็นกลไกสื่อสาร กระตุ้น และติดตามในระดับครัวเรือน ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีชุมชนสามารถสนับสนุนทรัพยากร สิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบอาจใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เช่น Appreciation–Influence–Control หรือ AIC ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางพัฒนา และร่วมกำหนดบทบาทการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ กระบวนการลักษณะนี้ช่วยให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่เป็นเพียงกิจกรรมที่กำหนดจากส่วนกลาง แต่เกิดจากการรับรู้ปัญหาและความต้องการของพื้นที่ทำให้มีโอกาสนำไปใช้จริงและขยายผลได้มากขึ้น[7]

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงจังหวัดพัทลุง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทดลองใช้ ประเมินผล และขยายผลสู่พื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง โดยมุ่งหวังให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น ค่าความดันโลหิตและระดับความเสี่ยงเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น และเกิดกลไกการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แรงสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน และ

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน

3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แรงสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันโรค ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความเสี่ยง

4. เพื่อศึกษาผลการขยายรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงสู่พื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง

5. เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การกลับสู่ระดับปกติ การคงอยู่ในระดับกลุ่มเสี่ยง การเข้าสู่กลุ่มสงสัยป่วย และการเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการยืนยันจากระบบบริการสุขภาพ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed Methods) เพื่อให้สามารถอธิบายสถานการณ์ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดพัทลุง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพัทลุง โดยหมายถึงประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 120–139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 80–89 มิลลิเมตรปรอท ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และยังไม่ได้รับยาลดความดันโลหิต

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพัทลุง จำนวน 400 ราย จากพื้นที่ 11 อำเภอ คัดเลือกโดยคำนึงถึงสัดส่วนกลุ่มเสี่ยง ขนาดประชากรในแต่ละอำเภอ และการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า เพื่อใช้ติดตามผลการขยายรูปแบบ ความครอบคลุมของการดำเนินงาน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการเปลี่ยนแปลงด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ค่าความดันโลหิต และระดับความเสี่ยง เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่อายุ 35 ปีขึ้นไป มีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วงกลุ่มเสี่ยง ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และยังไม่ได้รับยาลดความดันโลหิต อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยตลอดระยะดำเนินการ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะใหญ่ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย และระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและขยายผล รวม 9 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 ถึงเดือนสิงหาคม 2568 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. ศึกษาสภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง

2. กำหนดกิจกรรมของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง

3. กำหนดบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามรูปแบบ

4. ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง

5. สรุปผลการดำเนินงานและผลการประเมินรูปแบบ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและขยายผล ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

6) ทบทวน ปรับปรุง และเตรียมการขยายผลกิจกรรมในรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง ครอบคลุม 11 อำเภอ

7) เสริมสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนรูปแบบทั้ง 11 อำเภอ

8) ดำเนินการขยายผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพัทลุง

9) สรุป แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผลการขยายรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.1 รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้ชื่อว่า “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการของกลุ่มเสี่ยง ผลการประชุมแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรู้ความเสี่ยงของตนเอง การเข้าใจสื่อสาร และตัดสินใจด้านสุขภาพ การลดอุปสรรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเสริมแรงสนับสนุนและติดตามต่อเนื่องในชุมชน

1.2 คู่มือการดำเนินกิจกรรมสำหรับบุคลากรและภาคีเครือข่าย เป็นคู่มือการดำเนินกิจกรรมจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับจังหวัดและอำเภอ บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของรูปแบบ ขั้นตอนการดำเนินงาน รายละเอียดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ บทบาทผู้ดำเนินกิจกรรม เครื่องมือประกอบการติดตาม วิธีการให้คำปรึกษา และแนวทางการส่งต่อเมื่อพบกลุ่มสงสัยป่วยหรือผู้ป่วยรายใหม่

3. แผนกิจกรรม “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” เป็นกิจกรรมในกลุ่มทดลองดำเนินการเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมเสี่ยง

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2.3 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตน

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุม 3 ด้าน

2.5 แบบประเมินความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนรูปแบบ

2.6 แบบประเมินความเหมาะสม

2.7 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ

2.8 แบบติดตามการเปลี่ยนสถานะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2.9 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่ายอมรับได้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้วิจัยปรับปรุงหรือตัดออกตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผล

การตรวจสอบพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจ ความชัดเจนของข้อคำถาม ระยะเวลาในการตอบ และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป มีดังนี้

1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

2) แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

4) แบบประเมินความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนรูปแบบ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

5) แบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยดำเนินการถอดความ ตรวจสอบความครบถ้วน อ่านทบทวนข้อมูลหลายรอบ กำหนดรหัสข้อมูล จัดกลุ่มประเด็น วิเคราะห์แก่นสาระและสังเคราะห์เป็นข้อค้นพบเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ องค์ประกอบของรูปแบบ บทบาทภาคีเครือข่าย ปัจจัยเอื้อ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการขยายผล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าควอไทล์ ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล

2. สถิติอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และเปรียบเทียบ ดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 6 มิติ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารและโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ

2) การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตน

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

4) สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสานวิธี แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ระยะใหญ่ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย และระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและขยายผล รวม 9 ขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สถานการณ์และสภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพัทลุง

1.1 ข้อมูลทั่วไป จากข้อมูลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพัทลุง พบว่ามีประชากรเป้าหมายจำนวน 165,274 ราย ได้รับการคัดกรองจำนวน 152,376 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.20 ผลการคัดกรองพบกลุ่มปกติจำนวน 106,090 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.62 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 34,576 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.69 กลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 10,941 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.18 และกลุ่มป่วยส่งพบแพทย์จำนวน 519 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.34 แสดงให้เห็นว่าประชาชนเกือบหนึ่งในสี่ของผู้ได้รับการคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและติดตามต่อเนื่องก่อนพัฒนาเป็นผู้ป่วยรายใหม่ เมื่อพิจารณาสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงรายอำเภอ พบว่าอำเภอที่มีสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุด คือ อำเภอป่าพะยอม ร้อยละ 27.69 รองลงมาคืออำเภอตะโหมด ร้อยละ 27.22 อำเภอปากพะยูน ร้อยละ 27.21 อำเภอศรีบรรพต ร้อยละ 25.90 และอำเภอเขาชัยสน ร้อยละ 24.46 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.00 อยู่ในช่วงอายุ 55–64 ปี ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 45–54 ปี ร้อยละ 29.75 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.88 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.75 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.00 และมีค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 9,000 บาท

1.3 ด้านสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.50 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.25 ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยเท่ากับ 128.88 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ยเท่ากับ 82.03 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.96 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และเส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 84.59 เซนติเมตร นอกจากนี้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง ร้อยละ 52.50 มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 36.75 และอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 47.00

1.4 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตน พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 70.51 อยู่ในระดับปานกลาง

1.5 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 67.61 อยู่ในระดับปานกลาง

1.6 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 69.60 อยู่ในระดับปานกลาง

1.7 ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามระบบบริการเดิม สรุปได้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบบริการและการติดตามต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบเพียงพอ 2) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงยังไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมเสี่ยงบางประการ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีข้อจำกัดในมิติการรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง และการนำข้อมูลไปใช้ 4) แรงสนับสนุนและสมรรถนะแห่งตนยังต้องได้รับการเสริมพลัง และ 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนกิจกรรมยังไม่เป็นระบบ ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงควรเชื่อมโยงการรู้ความเสี่ยงของตนเอง การเข้าใจและตัดสินใจด้านสุขภาพ การลดอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม และการเสริมแรงสนับสนุนต่อเนื่องในชุมชน

2. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดพัทลุง

2.1 รูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรู้ความเสี่ยงของตนเอง 2) การเข้าใจสื่อสาร และตัดสินใจด้านสุขภาพ 3) การลดอุปสรรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4)

การเสริมแรงสนับสนุนและติดตามต่อเนื่องในชุมชน

2.2 ผลการทดลองใช้รูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน”การทดลองใช้รูปแบบดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 150 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 75 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามปกติ

2.2.1 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปก่อนดำเนินการ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะทั่วไปด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ผลการเปรียบเทียบค่าพื้นฐานของผลลัพธ์หลักก่อนดำเนินการ พบว่าคะแนนการรับรู้/แรงสนับสนุน/สมรรถนะแห่งตน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรค และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การแปลผลจึงพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลาเป็นสำคัญ

2.2.2 ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 69.76 ก่อนดำเนินการ เป็นร้อยละ 83.46 หลังดำเนินการ และคงอยู่ที่ร้อยละ 81.50 ในระยะติดตามผล ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มจากร้อยละ 67.20 เป็นร้อยละ 70.04 และ 70.07 ตามลำดับ คะแนนการรับรู้/แรงสนับสนุน/สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองเพิ่มจากร้อยละ 61.44 เป็นร้อยละ 75.41 และ 73.57 ในระยะติดตามผล ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 60.84 เป็นร้อยละ 63.32 และ 64.07 ตามลำดับ

2.2.3 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มจากร้อยละ 63.63 เป็นร้อยละ 81.81 หลังดำเนินการ และคงอยู่ที่ร้อยละ 80.03 ในระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มจากร้อยละ 63.14 เป็นร้อยละ 66.58 และ 66.30 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้นอย่างชัดเจนและยังคงอยู่หลังสิ้นสุดกิจกรรม

2.2.4 ด้านสภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดจาก 130.09 มิลลิเมตรปรอท เป็น 124.85 มิลลิเมตรปรอทหลังดำเนินการ และ 124.90 มิลลิเมตรปรอทในระยะติดตามผล ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบลดลงเพียงเล็กน้อยจาก 127.67 เป็น 127.21 และ 126.81 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองลดจาก 82.45 เป็น 79.14 และ 78.77 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบลดจาก 81.85 เป็น 81.57 และ 81.11 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดจาก 26.44 เป็น 25.88 และ 25.82 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และเส้นรอบเอวลดจาก 85.56 เป็น 83.61 และ 83.47 เซนติเมตร ตามลำดับ

2.2.5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลามีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้/แรงสนับสนุน/สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันโรค ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคมีขนาดอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาคือการรับรู้/แรงสนับสนุน/สมรรถนะแห่งตน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงว่ารูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์เชิง

พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเด่นชัด รวมทั้งส่งผลต่อการลดค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวในทิศทางที่ดีขึ้น

2.2.6 ด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบหลังการทดลองใช้ พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41

3. การทบทวน ปรับปรุงรูปแบบ และการเสริมสร้างความเข้าใจบุคลากรก่อนขยายผลภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ

3.1 การปรับปรุงรูปแบบก่อนขยายผลยังคงองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบเดิม แต่เพิ่มเติมรายละเอียดเพื่อให้พร้อมต่อการนำไปใช้ในพื้นที่ 11 อำเภอ ได้แก่ การเพิ่มบัตรสรุปค่าความเสี่ยงรายบุคคล การปรับสื่อสุขภาพให้สั้น กระชับ ใช้ภาษาง่าย และมีภาพประกอบ การเพิ่มแบบตั้งเป้าหมายสุขภาพรายบุคคล การกำหนดรอบติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมปฐมภูมิ การเพิ่มตารางบทบาทผู้เกี่ยวข้องและแนวทางประสานงาน การเพิ่มแบบติดตามการเปลี่ยนสถานะของกลุ่มเสี่ยง และการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรก่อนขยายผล

3.2 ผลการประเมินพบว่า ก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจโดยรวมเท่ากับ 3.22 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการเสริมสร้างความเข้าใจ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.42 อยู่ในระดับมากที่สุด

3.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเข้าใจก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกประเด็น

4. ผลการขยายผลรูปแบบในพื้นที่ 11 อำเภอ จังหวัดพัทลุง ภายหลังการทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ ผู้วิจัยนำรูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ลดเสี่ยงความดัน” ไปขยายผลในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง พบว่า

4.1 กลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมจำนวน 400 ราย โดยอำเภอที่มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมมากที่สุดคืออำเภอเมืองพัทลุง จำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.25 รองลงมาคืออำเภอควนขนุน จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.75 และอำเภอปากพะยูน จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.25 ผลการติดตามพบว่ามีกลุ่มเสี่ยงติดตามครบจำนวน 371 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.75 แสดงว่ารูปแบบสามารถขยายผลครอบคลุมพื้นที่จังหวัดพัทลุงได้ในระดับสูง

4.2 กลุ่มเสี่ยงระยะขยายผลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.25 อยู่ในช่วงอายุ 55–64 ปี ร้อยละ 37.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 45–54 ปี ร้อยละ 27.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.75 และรับจ้าง ร้อยละ 20.25 มีอายุเฉลี่ย 56.74 ปี และรายได้เฉลี่ย 9,013 บาทต่อเดือน

4.3 ด้านการได้รับกิจกรรมตามรูปแบบ พบว่ากลุ่มเสี่ยงได้รับกิจกรรมตามรูปแบบอย่างน้อย 1 กิจกรรม ร้อยละ 99.00 เข้าร่วมกิจกรรมเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 89.75 ได้รับสื่อสุขภาพหรือสื่อประกอบกิจกรรม ร้อยละ 95.00 ได้รับการติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 98.00 ได้รับการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 94.50 เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 97.00 และได้รับการติดตามผ่านโทรศัพท์หรือไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 95.75 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มเสี่ยงได้รับกิจกรรมระดับเข้มข้นสูง ร้อยละ 77.75

4.4 ผลลัพธ์ก่อนและหลังการขยายผล พบว่าหลังดำเนินงาน กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 70.13 เป็นร้อยละ 81.58 มีผลต่างเฉลี่ย 11.45 คะแนน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้/แรงสนับสนุน/สมรรถนะแห่งตนเพิ่มจากร้อยละ 62.31 เป็นร้อยละ 73.14 มีผลต่างเฉลี่ย 10.82 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มจากร้อยละ 63.98 เป็นร้อยละ 72.50 มีผลต่างเฉลี่ย 8.52 คะแนน โดยทุกตัวแปรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.4.1 ด้านสภาวะสุขภาพหลังการขยายผล พบว่าค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดจาก 127.40 เป็น 123.41 มิลลิเมตรปรอท มีผลต่างเฉลี่ย -3.99 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดจาก 80.98 เป็น 78.33 มิลลิเมตรปรอท มีผลต่างเฉลี่ย -2.65 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกายลดจาก 25.84 เป็น 25.26 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีผลต่างเฉลี่ย -0.57 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และเส้นรอบเอวลดจาก 91.08 เป็น 90.20 เซนติเมตร มีผลต่างเฉลี่ย -0.88 เซนติเมตร โดยทุกตัวแปรลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.4.2 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตาม 3 ด้าน พบว่าหลังการขยายผล กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการความเครียด โดยพฤติกรรมรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.4.3 ด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบในระยะขยายผล พบว่าผู้เข้าร่วมประเมินรูปแบบอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยความเหมาะสมของรูปแบบมีค่าเฉลี่ย 4.47 ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในพื้นที่มีค่าเฉลี่ย 4.26 ความพึงพอใจต่อรูปแบบมีค่าเฉลี่ย 4.38 ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.42 และความสอดคล้องกับบริบทชุมชนมีค่าเฉลี่ย 4.37

4.4.4 การเปลี่ยนสถานะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการขยายผล ผลการติดตามสถานะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการขยายผล พบว่ากลุ่มเสี่ยงจำนวน 102 ราย กลับสู่ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 25.50 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 256 ราย ยังคงอยู่ในกลุ่มเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 64.00 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 14 ราย เข้าสู่กลุ่มสงสัยป่วย คิดเป็นร้อยละ 3.50 และกลุ่มเสี่ยงจำนวน 28 ราย ได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 7.00

ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การขยายผลรูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงส่วนหนึ่งกลับสู่ระดับปกติได้ ขณะเดียวกันยังช่วยให้ระบบบริการสุขภาพสามารถติดตามและค้นพบกลุ่มที่เข้าสู่กลุ่มสงสัยป่วยหรือเป็นผู้ป่วยรายใหม่ได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อการส่งต่อ การยืนยันการวินิจฉัย และการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและระดับอำเภอ

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสะท้อนความจำเป็นของการป้องกันระดับปฐมภูมิ

ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดพัทลุงมีประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 152,376 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.20 ของประชากรเป้าหมายทั้งหมด และพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 34,576 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.69 ของผู้ได้รับการคัดกรอง สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนเกือบหนึ่งในสี่ของผู้ได้รับการคัดกรองอยู่ในระยะก่อนเกิดโรคหรือระยะเสี่ยง ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการป้องกันไม่ให้เคลื่อนเข้าสู่กลุ่มสงสัยป่วยหรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงระดับโลกที่ยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกชี้ว่าโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็น “ภัยเงียบ” ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบสถานะของตนเอง ทำให้ไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะต้น[1,2] ดังนั้น การค้นหาและดูแลกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ก่อนเกิด

โรคจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่อยู่ในระดับปานกลางชี้ให้เห็นช่องว่างของการแปลงข้อมูลสุขภาพเป็นการปฏิบัติ สะท้อนว่า กลุ่มเสี่ยงอาจเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เหมาะสม และนำข้อมูลไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเพียงพอ ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[8] ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการสื่อสารสุขภาพและสุขศึกษา แต่มีความหมายมากกว่าการอ่านออกเขียนได้หรือการได้รับข้อมูล กล่าวคือ ต้องรวมถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

3. รูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” มีความเหมาะสมเพราะพัฒนาจากปัญหาจริงและเชื่อมโยงการเรียนรู้กับระบบสนับสนุนในชุมชน ผลการวิจัยได้รูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรู้ความเสี่ยงของตนเอง การเข้าใจ สื่อสาร และตัดสินใจด้านสุขภาพ การลดอุปสรรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการเสริมแรงสนับสนุนและติดตามต่อเนื่องในชุมชน รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม เนื่องจากพัฒนาจากข้อมูลสถานการณ์จริงของพื้นที่ ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถตอบโจทย์ปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ การติดตามไม่ต่อเนื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ยังไม่เข้มแข็ง สมรรถนะแห่งตนที่ยังต้องเสริมพลัง และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เป็นระบบ องค์ประกอบ “การรู้ความเสี่ยงของตนเอง” ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการตระหนักรู้และแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนองค์ประกอบ “การเข้าใจ สื่อสาร และตัดสินใจด้านสุขภาพ” ช่วยพัฒนาทักษะการใช้ข้อมูลสุขภาพ การซักถาม และการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม ขณะที่องค์ประกอบ “การลดอุปสรรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงแปลงความรู้เป็นแผนปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง และองค์ประกอบ “การเสริมแรงสนับสนุนและติดตามต่อเนื่องในชุมชน” ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องหลังสิ้นสุดกิจกรรม รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเส้นทางเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพผ่านกลไกสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ ความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการกับบุคลากรสุขภาพ และการดูแลตนเอง[9] ในการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบไม่ได้หยุดอยู่ที่การให้ความรู้ แต่เชื่อมโยงการสื่อสารสุขภาพ การฝึกทักษะ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล การติดตามโดย อสม. และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จึงมีความเป็นระบบและมีโอกาสนำไปใช้จริงในบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ

นอกจากนี้ การกำหนดบทบาทของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัว และกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจน เป็นจุดแข็งของรูปแบบ เพราะการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยบริการสุขภาพเพียงฝ่ายเดียวได้ แนวคิดนี้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570 ที่เน้นการลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ข้อมูล และการบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่[3]

4. ผลการทดลองใช้รูปแบบแสดงประสิทธิผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้/แรงสนับสนุน/

สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นชัดเจนหลังดำเนินการและยังคงอยู่ในระดับที่ดีในระยะติดตามผล ขณะเดียวกันค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การลดลงของค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวในการวิจัยครั้งนี้อธิบายได้จากการที่รูปแบบเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพหลายด้านพร้อมกัน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การติดตามตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่าการปรับวิถีชีวิตเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและจัดการความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการควบคุมน้ำหนัก การลดโซเดียม การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกบุหรี่[2,10]

5. การเสริมสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรเป็นกลไกสำคัญต่อการขยายผลรูปแบบ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเสริมสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง คะแนนเฉลี่ยความเข้าใจโดยรวมเพิ่มจาก 3.22 เป็น 4.42 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกประเด็น ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานก่อนขยายผลเป็นกลไกสำคัญต่อความสำเร็จของการนำรูปแบบไปใช้จริงในพื้นที่ 11 อำเภอ ประเด็นนี้มีความสำคัญเนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีหลายองค์ประกอบและเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน หากบุคลากรและภาคีเครือข่ายเข้าใจไม่ตรงกัน อาจทำให้การนำรูปแบบไปใช้แตกต่างกันมากระหว่างพื้นที่ ส่งผลต่อความเข้มข้นของกิจกรรม คุณภาพการติดตาม และความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ การเสริมสร้างความเข้าใจจึงช่วยทำให้ทีมพื้นที่มีความเข้าใจวัตถุประสงค์ องค์ประกอบ กิจกรรม บทบาท เครื่องมือ การติดตาม และการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงในทิศทางเดียวกัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[12] ที่เน้นว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยเครือข่ายสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานที่มีความเข้าใจต่อกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ไม่ใช่เพียงการส่งต่อสื่อสุขภาพให้ประชาชน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยที่เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดระบบบริการ และการใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่[3]

6. ผลการขยายผล 11 อำเภอสะท้อนความเป็นไปได้ของรูปแบบในระดับจังหวัด ผลการขยายผลรูปแบบในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง หลังการขยายผล พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 70.13 เป็นร้อยละ 81.58 คะแนนการรับรู้/แรงสนับสนุน/สมรรถนะแห่งตนเพิ่มจากร้อยละ 62.31 เป็นร้อยละ 73.14 และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มจากร้อยละ 63.98 เป็นร้อยละ 72.50 ขณะเดียวกันค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดจาก 127.40 เป็น 123.41 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดจาก 80.98 เป็น 78.33 มิลลิเมตรปรอท โดยทุกตัวแปรเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวแสดงว่ารูปแบบสามารถนำไปใช้ขยายผลในหลายบริบทอำเภอ และยังคงให้ผลเชิงบวกต่อความรอบรู้ พฤติกรรม และสภาวะสุขภาพ เมื่อพิจารณารายมิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามิติที่เพิ่มขึ้นเด่นชัด ได้แก่ การจัดการตนเองและการนำข้อมูลไปใช้ การรู้เท่าทันสื่อและการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ และการสื่อสารและโต้ตอบซักถาม ซึ่งเป็นมิติที่เป็นจุดอ่อนในระยะศึกษาสถานการณ์ ผลนี้สะท้อนว่ารูปแบบสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด กล่าวคือ ไม่ได้เพิ่มเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรค แต่เพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจและการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้าน

สุขภาพของ Sørensen et al.[9] และ Nutbeam[8,11] ที่มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะเชิงปฏิบัติในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองและการป้องกันโรค

ด้านการเปลี่ยนสถานะของกลุ่มเสี่ยงหลังการขยายผล พบว่ากลุ่มเสี่ยงร้อยละ 25.50 กลับสู่ระดับปกติ ร้อยละ 64.00 ยังคงอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 3.50 เข้าสู่กลุ่มสงสัยป่วย และร้อยละ 7.00 ได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ผลนี้มีความหมายสองประการ ประการแรก รูปแบบสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงส่วนหนึ่งกลับสู่ระดับปกติได้ ซึ่งสะท้อนผลเชิงป้องกันของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับพฤติกรรม ประการที่สอง การพบกลุ่มสงสัยป่วยและผู้ป่วยรายใหม่ไม่ควรถูกตีความว่าเป็นความล้มเหลวของรูปแบบ แต่สะท้อนประสิทธิภาพของระบบติดตามและการค้นหาผู้มีความเสี่ยงสูงเข้าสู่ระบบบริการได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องค้นหา เฝ้าระวัง และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง[2,3]

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงควรดำเนินการเป็นรูปแบบเชิงระบบที่เชื่อมโยงการรู้ความเสี่ยงของตนเอง การเข้าใจและตัดสินใจด้านสุขภาพ การลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเสริมแรงสนับสนุนต่อเนื่องในชุมชน รูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ลดเสี่ยงความดัน” มีความเหมาะสมกับบริบทจังหวัดพัทลุง สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และทำให้ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งในระยะทดลองใช้และระยะขยายผล จึงมีศักยภาพในการนำไปใช้เป็นแนวทางดำเนินงานระดับจังหวัดเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.ควรนำรูปแบบ “พัทลุงรอบรู้ ลดเสี่ยงความดัน” ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพัทลุง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และทำให้สภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น

2.ควรจัดระบบติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องภายหลังการคัดกรอง โดยใช้กลไกหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ติดตามรายบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงเคลื่อนเข้าสู่กลุ่มสงสัยป่วยหรือผู้ป่วยรายใหม่โดยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3.ควรเน้นกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงรู้ค่าความเสี่ยงของตนเอง ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว พฤติกรรมเสี่ยง และระดับความเสี่ยงรายบุคคล เพราะการเข้าใจความเสี่ยงของตนเองเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการตระหนักรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาผลของรูปแบบในระยะยาว เช่น 6 เดือน 12 เดือน หรือมากกว่า 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ค่าความดันโลหิต และการเปลี่ยนสถานะของกลุ่มเสี่ยง

2.ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำรูปแบบไปใช้ในแต่ละอำเภอ เช่น ความพร้อมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ความเข้มแข็งของ อสม. การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาวะผู้นำของทีมพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Global report on hypertension: The race against a silent killer. World

Health Organization.

2. World Health Organization. (2025). Hypertension. World Health Organization.

3. กรมควบคุมโรค. (2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570. กระทรวงสาธารณสุข.

4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2568). ข้อมูลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและข้อมูลติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2568 [เอกสารไม่ตีพิมพ์].

8. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

7. Thitawattananon, C. (2010). Improving the community participation in health promotion by Appreciation Influence Control process. Mahasarakham Nursing Research Journal, 4(1), 1–12.

9. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, Article 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

10. Charchar, F. J., Prestes, P. R., Mills, C., Ching, S. M., Neupane, D., Marques, F. Z.,

11. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

12. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (ม.ป.ป.). กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

The Development of a Care Model for Chronically Bedridden Patients Through the District Quality of Life Development Board Mechanism, Phatthalung Province.

(Received: June 18, 2026; Revised: June 27, 2026; Accepted: June 28, 2026)

วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์[1]
Watcharin Srisomphot[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแล และศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2568 เดือนพฤษภาคม 2569 รวมระยะเวลา 14 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จำนวน 406 ราย โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า ด้านสภาวะสุขภาพ ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงทุกตัวชี้วัด โดยการเกิดแผลกดทับลดลงจากร้อยละ 20.2 เหลือร้อยละ 10.6 การติดเชื้อที่ต้องได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 15.8 เหลือร้อยละ 7.6 ภาวะโภชนาการเสี่ยงลดลงจากร้อยละ 29.1 เหลือร้อยละ 19.2 การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนลดลงจากร้อยละ 12.6 เหลือร้อยละ 6.2 และการส่งต่อฉุกเฉินหรือส่งต่อเร่งด่วนลดลงจากร้อยละ 9.4 เหลือร้อยละ 4.4 โดยทุกตัวชี้วัดเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านคุณภาพชีวิต ด้านระบบการดูแล มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นจากก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเตียง, รูปแบบการดูแล, กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research and development study aimed to investigate the situation of care for bedridden chronically ill patients in Phatthalung Province; to examine the model of care for bedridden chronically ill patients through the district-level quality of life improvement mechanism; to study the process of developing the care model; and to examine the results of developing care for bedridden chronically ill patients through the district-level quality of life improvement mechanism in Phatthalung Province. The research was conducted from April 2025 to May 2026, a total of 14 months. Sample size were 406 bedridden patients with chronic illnesses, selected using stratified random sampling based on inclusion criteria. Data was collected from evaluation forms. Data was collected from assessment forms and analyzed using content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics.

The study results showed that, regarding health status, after implementing the model, patients experienced a decrease in complications and adverse events across all indicators. Pressure ulcers decreased from 20.2% to 10.6%, infections requiring treatment decreased from 15.8% to 7.6%, nutritional risk decreased from 29.1% to 19.2%, unplanned hospital readmissions decreased from 12.6% to 6.2%, and emergency or urgent referrals decreased from 9.4% to 4.4%. All indicators showed statistically significant

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

changes at the .05 level. When considering individual aspects, depression in patients, depression in caregivers, ability to perform daily activities, quality of life, and the care system showed statistically significant improvements at the .05 level compared to before implementation.

Keywords: Bedridden patients, Care model, District-level quality of life improvement mechanism, Quality of life

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มดังกล่าวทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องรองรับความต้องการด้านการดูแลระยะยาวมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะติดเตียงจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว[1] โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนเกิดความเสื่อมถอยของสมรรถภาพ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ ภาวะพึ่งพิง และเข้าสู่ภาวะติดเตียง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งเพิ่มภาระของครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ[2]

สถานการณ์โรคเรื้อรังในจังหวัดพัทลุง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีอัตราป่วย 2,040.65 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 2,247.43 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 2,277.05 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2567 มีอัตราป่วย 2,290.21 ต่อแสนประชากร ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 สะท้อนให้เห็นว่าภาระโรคเรื้อรังในจังหวัดพัทลุงยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี[3] สอดคล้องกับข้อมูลระดับอำเภอที่พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 1,625.74 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1,692.57 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2566[4]

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังดังกล่าวสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และเข้าสู่ภาวะติดเตียง จากข้อมูลพื้นที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 11.02 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการถาวร การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาระยะยาว[3,4]

แม้ระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง แต่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยบริการสุขภาพเพียงลำพัง เนื่องจากเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรในครัวเรือน การดูแลที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ใน

พื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างแท้จริง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พชอ. เป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีบทบาทในการกำหนดประเด็นปัญหาสำคัญของอำเภอ วางแผนการดำเนินงาน ระดมทรัพยากร ประสานภาคีเครือข่าย และติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง[5] ดังนั้น กลไก พชอ. จึงมีศักยภาพในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพ ระบบสังคม และชุมชน โดยเฉพาะการสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน การจัดระบบส่งต่อ การสนับสนุนอุปกรณ์จำเป็น การเสริมพลังผู้ดูแล และการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในจังหวัดพัทลุงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยอาศัยการบูรณาการของหลายภาคส่วนผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถยกระดับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีความต่อเนื่อง มีส่วนร่วม และยั่งยืนในระดับอำเภอและระดับจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพดีขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ดูแลหลักมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 รวมระยะเวลา 4 เดือน และระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและขยายผล ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 รวมระยะเวลา 10 เดือน ทั้งนี้ ระยะที่ 1 มุ่งศึกษาสถานการณ์ ถอดบทเรียน กำหนดกิจกรรม กำหนดบทบาทผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทดลองใช้รูปแบบนำร่อง และสรุปบทเรียนจากการดำเนินงาน ส่วนระยะที่ 2 มุ่งทบทวน ปรับปรุง ขยายผล ดำเนินการตามรูปแบบ และสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในพื้นที่จังหวัดพัทลุงครบทั้ง 11 อำเภอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพัทลุง จากการสำรวจบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในจังหวัดพัทลุง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เบื้องต้นทั้งสิ้น 2,847 ราย กระจายอยู่ในพื้นที่ 11 อำเภอ โดยมีผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรค และความต้องการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในจังหวัดพัทลุงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และได้รับการคัดเลือกจากประชากรผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงทั้งหมด จำนวน 2,847 ราย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran[6] สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนในประชากรขนาดใหญ่ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่า Z เท่ากับ 1.96 กำหนดสัดส่วนของประชากรที่คาดว่าจะพบลักษณะที่ศึกษาเท่ากับ 0.50 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 384 ราย

เนื่องจากประชากรจริงมีจำนวนจำกัด คือ 2,847 ราย ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแก้ไขประชากรจำกัด (Finite Population Correction) และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ครบถ้วนระหว่างการวิจัย ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 406 ราย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 406 ราย โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)ตามเกณฑ์คัดเข้า ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 และใช้ติดตามประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในระยะที่ 2 เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง เป็นกระบวนการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์จริงของพื้นที่ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจำเป็น การถอดบทเรียนการดำเนินงานเดิม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดพัทลุง และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงได้อย่างเป็นรูปธรรม กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง การถอดบทเรียนและกำหนดกิจกรรมของรูปแบบการดูแล การกำหนดบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การดำเนินการตามรูปแบบนำร่อง และการสรุปผลการดำเนินงานจากระยะวิจัย เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นฐานในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ประกอบด้วย การทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมในรูปแบบการดูแล การดำเนินการตามกิจกรรมของรูปแบบในพื้นที่ขยายผล และการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และสามารถขยายผลในระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง หมายถึง ชุดกิจกรรมและกลไกการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นเพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงให้มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ รูปแบบดังกล่าวกำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย โดยครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองและประเมินผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาและเสริมพลังผู้ดูแล การส่งต่อและประสานทรัพยากร และการขับเคลื่อนเชิงระบบผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระของผู้ดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เนื้อหาของคู่มือครอบคลุมการประเมินภาวะพึ่งพิง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันแผลกดทับ การดูแลด้านโภชนาการ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลด้านจิตใจ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการส่งต่อเมื่อพบภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพ เพื่อใช้ศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.2 แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ทั้งฉบับผู้ป่วยและฉบับผู้ดูแล

2.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบบันทึกการดูแลประจำวัน

2.6 แบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบ แบบประเมินใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาและปรับใช้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ ด้านการพยาบาล และด้านสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความเหมาะสมของภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทพื้นที่จริง จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC)

การแปลผลค่า IOC กำหนดให้ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่ามีความสอดคล้องและสามารถนำไปใช้ได้ ผลการตรวจสอบพบว่า เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับใช้มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และมีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ

สำหรับแบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการตรวจสอบคุณภาพและ

ใช้แพร่หลายในประเทศไทย ผู้วิจัยใช้ฉบับมาตรฐานตามแนวทางที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด และอ้างอิงค่าคุณภาพเครื่องมือจากการศึกษาหรือเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์แล้ว

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ภายหลังจากปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาและปรับใช้ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในพื้นที่อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่นอกจังหวัดพัทลุง เพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนของข้อมูลในพื้นที่ศึกษา และเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถาม ความเข้าใจของผู้ตอบ ระยะเวลาในการตอบ และความเหมาะสมของขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเชิงปริมาณที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาความครอบคลุมของประเด็นคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปใช้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า ประกอบด้วยการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และบันทึกการดำเนินงาน เพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อค้นพบและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

โดยสรุป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น และความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ดำเนินการตามรูปแบบ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมด้านวิชาการ เครื่องมือวิจัย และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามหลักระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1.1 จัดทำโครงร่างการวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง การดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่บ้าน บทบาทของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อนำมากำหนดปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด ตัวแปร ประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

1.2 จัดทำและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา จากนั้นนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารประกอบการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ได้แก่ โครงร่างการวิจัย เครื่องมือวิจัย เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย หนังสือแสดงความยินยอม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณารับรองก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2. ขั้นดำเนินการวิจัยตามโครงสร้าง Research–Development

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโครงสร้างการวิจัยและพัฒนา 2 ระยะ รวม 8 ขั้นตอน ดังนี้

2.1ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

เป็นระยะการศึกษาสถานการณ์ การถอดบทเรียน การกำหนดกิจกรรมและบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนการทดลองดำเนินการตามรูปแบบเบื้องต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง

ขั้นตอนที่ 2 ถอดบทเรียนและกำหนดกิจกรรมของรูปแบบการดูแล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงนำร่อง

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลในระยะวิจัย

2.2 ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

เป็นระยะการทบทวน ปรับปรุง ขยายผล ไปใช้ได้จริงในพื้นที่จังหวัดพัทลุงครบทั้ง 11 อำเภอ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 6 ทบทวน ปรับปรุง และขยายผลกิจกรรมในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงครบ 11 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

ขั้นตอนที่ 8 สรุป แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIRB-2568/445 ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2568ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงและให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้รหัสแทนชื่อเพื่อรักษาความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย สภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย (9Q) ภาวะซึมเศร้าผู้ดูแล (9Q) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การเปรียบเทียบ ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย สภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย (9Q) ภาวะซึมเศร้าผู้ดูแล (9Q) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)

และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ด้วยสถิติในกลุ่ม parametric และ non-parametric ในกรณีที่ไม่เข้าเงื่อนไขของ parametric

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงจังหวัดพัทลุง

สาเหตุหลักของการติดเตียง พบว่าสาเหตุสำคัญคืออัมพฤกษ์หรืออัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 207 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมาคือภาวะสมองเสื่อมหรือชราภาพ จำนวน 107 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมหลายโรค โดยพบผู้ป่วยที่มีโรคร่วม 2 โรคมากที่สุด จำนวน 144 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาคือมีโรคร่วม 3 โรค จำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 โรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 267 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.8 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.4 และโรคเบาหวาน จำนวน 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.2 นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาติดเตียงมากกว่า 36 เดือน จำนวน 130 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.0 โดยมีระยะเวลาติดเตียงเฉลี่ย 31.0 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.6 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนทางสุขภาพและต้องการการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลเดิมจากข้อมูลเชิงคุณภาพ จำแนกได้ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงและระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว และความต้องการเชิงพัฒนา โดยประเด็นที่พบเด่นชัด ได้แก่ ปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงและระบบบริการสุขภาพ และความต้องการเชิงพัฒนา ซึ่งสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงยังมีข้อจำกัดทั้งด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ความต่อเนื่องของการดูแล การส่งต่อ การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ความรู้และทักษะของผู้ดูแล รวมทั้งการระดมทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ 1) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย 2) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล 3) การเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่อง 4) การเสริมพลังผู้ดูแล 5) การส่งต่อและประสานทรัพยากร 6) การกำกับติดตามผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน และ 7) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงระบบ

3. การพัฒนารูปแบบและการขยายผล

โดยมีแนวทางสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ การบรรจุประเด็นผู้ป่วยติดเตียงในแผนสุขภาพระดับพื้นที่ การใช้กองทุนและทรัพยากรในพื้นที่สนับสนุนการดูแล และการพัฒนาระบบข้อมูลร่วมเพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง

4. ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงใน 11 อำเภอ

ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ภายหลังการขยายผลรูปแบบให้ครอบคลุมพื้นที่ 11 อำเภอ พบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นส่งผลเชิงบวกต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบการดูแลในพื้นที่ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จำนวน 406 ราย ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่ประกอบด้วยการคัดกรอง การติดตาม การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการประสานทรัพยากรผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่งผลให้การดูแลมีความเป็นระบบต่อเนื่อง และมีภาคีเครือข่ายร่วมรับผิดชอบมากขึ้น

เมื่อพิจารณารายด้าน ภายหลังดำเนินการพบว่า ด้านสภาวะสุขภาพ ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และด้าน

คุณภาพชีวิต พบว่า ดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน และ ไม่พบผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ผลดังกล่าวสะท้อนว่ารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนผู้ดูแล มีแนวโน้มช่วยประคับประคองและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงได้ ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงมีความต่อเนื่องและมีภาคีเครือข่ายร่วมรับผิดชอบมากขึ้น การใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นแกนกลางช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงบทบาทระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายอื่น โดยมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนขึ้น ทั้งด้านการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การส่งต่อ การประสานทรัพยากร และการติดตามผลลัพธ์ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงเปลี่ยนจากการพึ่งพาหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ไปสู่การดูแลแบบบูรณาการที่มีครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงสะท้อนความจำเป็นของระบบดูแลแบบบูรณาการ ภาวะติดเตียงเป็นผลปลายทางของความเสื่อมถอยด้านสุขภาพและสมรรถภาพ ซึ่งมักเกิดร่วมกับโรคเรื้อรังหลายโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ ภาวะโภชนาการเสี่ยง ปัญหาการขับถ่าย ภาวะซึมเศร้า และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนขณะเดียวกัน ผู้ดูแลหลักซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระการดูแลต่อเนื่องเกือบตลอดเวลา ทั้งการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การพลิกตะแคงตัว การให้อาหาร การจัดยา การดูแลแผล การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการประสานรับบริการ ภาระดังกล่าวสัมพันธ์กับความเครียดความเหนื่อยล้า ค่าใช้จ่าย และข้อจำกัดด้านเวลาของผู้ดูแล การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[1] ที่สะท้อนแนวโน้มประชากรสูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่เพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่ภาระการดูแลระยะยาวของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ สอดคล้องกับ Tantirat และคณะ[7] ที่คาดประมาณว่าจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต ทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องเตรียมกลไกการดูแลระยะยาวและทรัพยากรรองรับอย่างเป็นระบบ

เมื่อพิจารณาแนวทางการดูแลเดิมในจังหวัดพัทลุง พบว่ายังพึ่งพาระบบบริการสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง โดยมีโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการหลัก ขณะที่ภาคีเครือข่ายอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน วัด มัสยิด กองทุนสุขภาพ และกลุ่มจิตอาสา ยังไม่ได้ถูกเชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกันอย่างชัดเจน ทำให้การดูแลมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ขึ้นกับความพร้อมของบุคลากร ทรัพยากร และความเข้มแข็งของชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับจันทร์ศิริ บัวต๋า[8] ที่พบว่าการจัดการระบบดูแลระยะยาวในระดับพื้นที่ยังมีปัญหาด้านการสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ และระบบบริหารจัดการผู้ดูแล รวมทั้งสอดคล้องกับทองทิพย์ เทียนสว่าง[9] ที่พบว่าผู้ดูแลแม้มีความรู้ในระดับดี แต่ยังมีความต้องการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและค่าใช้จ่ายในระดับมาก ดังนั้น ข้อค้นพบในประเด็นสถานการณ์จึงยืนยันว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องใช้ระบบดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพและมิติสังคม โดยต้องเปลี่ยนจากแนวทางที่หน่วยบริการสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ไปสู่ระบบที่มีครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกันรับผิดชอบ

เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อปัญหาจริงของผู้ป่วยและผู้ดูแลในพื้นที่

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เพราะใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นแกนกลาง

รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้มิได้จำกัดเฉพาะการรักษาโรคหรือการติดตามอาการ แต่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความพร้อมของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมของบ้าน ความยากจนหรือข้อจำกัดด้านรายได้ ความต้องการอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ การเข้าถึงบริการ และความต่อเนื่องของการดูแล การใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นแกนกลางจึงช่วยเชื่อมระบบบริการสุขภาพกับระบบสังคมและทรัพยากรในพื้นที่ ทำให้เกิดการวางแผนร่วม การแบ่งบทบาท การระดมทรัพยากร และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาวที่เน้นการจัดบริการเชิงระบบมากกว่าการดูแลเฉพาะราย โดยเฉพาะการเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิ ครอบครัว ชุมชน และระบบสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาของ Muangkaew และ Waengnork[10] พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและประยุกต์ใช้แนวคิด Chronic Care Model ช่วยเพิ่มความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้าน เพิ่มความพึงพอใจ และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง รวมทั้งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบของการวิจัยครั้งนี้ที่ใช้การคัดกรอง การติดตาม การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นองค์ประกอบหลัก

เมื่อพิจารณาเชิงระบบ กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีจุดแข็งในการทำหน้าที่ “ตัวกลางเชื่อมระบบ” เพราะสามารถยกระดับปัญหาผู้ป่วยติดเตียงจากปัญหาเฉพาะของครอบครัวหรือหน่วยบริการสุขภาพ ไปเป็นวาระร่วมของอำเภอ มีการกำหนดบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน และภาคีเครือข่ายอื่นอย่างชัดเจน ทำให้การดำเนินงานไม่กระจุกอยู่ที่บุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว แต่เปิดพื้นที่ให้ท้องถิ่น ชุมชน อสม. วัด มัสยิด กลุ่มจิตอาสา และกองทุนสุขภาพเข้ามาร่วมสนับสนุนทรัพยากรและการดูแลด้านสังคมจิตใจ[11]

ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากบ้านสู่ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ โดยการคัดกรองและจัดระดับความเสี่ยงช่วยให้ทีมสุขภาพทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างชัดเจน การจัดทำแผนดูแลรายบุคคลช่วยให้การดูแลสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านตามระดับความเสี่ยงช่วยให้ตรวจพบปัญหาได้เร็ว การให้คำแนะนำและฝึกทักษะผู้ดูแลช่วยลดข้อผิดพลาดในการดูแล และระบบส่งต่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพของครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ[12]

ในด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการศึกษาที่พบว่าคะแนน 9Q ลดลงทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล อธิบายได้จากการที่รูปแบบการดูแลไม่ได้มุ่งเฉพาะการดูแลด้านกาย แต่ครอบคลุมการให้คำปรึกษา การสร้างช่องทางติดต่อกับทีมสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนจาก อสม. และชุมชน รวมทั้งการลดความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยและลดความรู้สึกว่าผู้ดูแลต้องรับภาระเพียงลำพัง การมีเครือข่ายสนับสนุนจึงช่วยลดความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับชมนาด วีระกิติกุล[13] ที่พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสัมพันธ์กับความต้องการจำเป็นด้านสังคมและการจัดหาทรัพยากร แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ดูแล

จำเป็นต้องอาศัยทั้งการสนับสนุนด้านความรู้ ทรัพยากร และแรงสนับสนุนทางสังคม

สำหรับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น แม้ผลต่างของคะแนน Barthel ADL Index จะไม่สูงมาก แต่ถือว่ามีความหมายทางคลินิกและการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูงและมีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพ การเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL แม้เพียงบางส่วนอาจหมายถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบางกิจกรรมเพิ่มขึ้น หรือลดภาระของผู้ดูแลในกิจกรรมบางด้าน เช่น การเคลื่อนย้าย การรับประทานอาหาร หรือการจัดท่าทาง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับจิตรกร วนะรักษ์[14] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิช่วยให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีพัฒนาการด้านกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และสอดคล้องกับนฤมล เปรมาสวัสดิ์ และคณะ[15] ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแล และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบ อธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่เพียงการรักษาอาการเจ็บป่วยเฉพาะหน้า การลดภาวะแทรกซ้อน การได้รับการเยี่ยมบ้าน การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการปรับสภาพแวดล้อมหรือทรัพยากรที่จำเป็น ล้วนมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ได้รับการดูแล และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Muangkaew และ Waengnork[10] ที่พบว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และสอดคล้องกับ Tipthimwong และคณะ[16] ที่พบว่ารูปแบบบริการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

4. การขยายผลครบ 11 อำเภอสะท้อนความเป็นไปได้ของรูปแบบ แต่ต้องมีระบบสนับสนุนต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า การขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงครอบคลุม 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุงสามารถดำเนินการได้ โดยอาศัยการปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ แบ่งพื้นที่ออกเป็นอำเภอที่มีกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเข้มแข็งและมีต้นทุนเครือข่าย กับอำเภอที่ต้องเสริมพลังกลไกและทรัพยากรก่อนการขยายผลเต็มรูปแบบ ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากมีองค์ประกอบชัดเจน มีขั้นตอนดำเนินงานที่ปรับใช้ได้ และสามารถประยุกต์ตามระดับความพร้อมของแต่ละอำเภอ

ความสำเร็จของการขยายผลเกิดจากรูปแบบไม่ได้กำหนดกิจกรรมแบบตายตัวเหมือนกันทุกพื้นที่ แต่เปิดโอกาสให้พื้นที่ประยุกต์ตามบริบท ทรัพยากร และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย พื้นที่ที่มีความพร้อมสามารถดำเนินการครบทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง การติดตาม การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการขับเคลื่อนผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขณะที่พื้นที่ที่ยังมีข้อจำกัดสามารถเริ่มจากกิจกรรมจำเป็น เช่น การคัดกรองและจัดระดับความเสี่ยง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเสี่ยงสูง การเสริมทักษะผู้ดูแล และการกำหนดช่องทางส่งต่อก่อน แล้วจึงขยายองค์ประกอบอื่นเมื่อมีความพร้อมมากขึ้น ประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง ซึ่งชี้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ไม่สามารถใช้แนวทางเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงทรัพยากรและทุนทางสังคมได้ เช่น Muangkaew และ Waengnork[10] พบว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบชุมชนขับเคลื่อนสามารถเพิ่มความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านและลดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่มีข้อจำกัดจากการศึกษาในพื้นที่กึ่งชนบทเฉพาะ

บริบท ขณะที่จิตรกร วนะรักษ์[14] พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเกิดผลลัพธ์ที่ดี แต่การขยายผลไปยังพื้นที่ที่ทุนทางสังคมไม่เข้มแข็งอาจเป็นความท้าทาย ดังนั้น การขยายผลรูปแบบในจังหวัดพัทลุงจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างของความพร้อมระดับอำเภอและตำบลอย่างไรก็ตาม การขยายผลครบ 11 อำเภอยังพบข้อจำกัดที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางพื้นที่ยังไม่สม่ำเสมอ การสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์เวชภัณฑ์ และงบประมาณยังแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ภาระงานของบุคลากรสุขภาพและ อสม. อาจส่งผลต่อความถี่และคุณภาพของการเยี่ยมบ้าน และระบบข้อมูลการติดตามผลยังจำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยรายบุคคล ประเมินผลลัพธ์รายอำเภอ และสะท้อนข้อมูลกลับไปยังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในจังหวัดพัทลุงควรดำเนินต่อไปในลักษณะ “ระบบดูแลระยะยาวระดับพื้นที่” มากกว่ากิจกรรมโครงการระยะสั้น โดยควรกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นวาระร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการบรรจุในแผนสุขภาพระดับอำเภอและตำบล มีระบบข้อมูลกลางสำหรับติดตามผู้ป่วยและทรัพยากร มีงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพ และมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ยังมีข้อจำกัด การดำเนินการดังกล่าวจะช่วยให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถคงอยู่และขยายผลได้อย่างต่อเนื่องในระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้เป็นแนวทางกลางของจังหวัดพัทลุง เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีภาคีเครือข่ายร่วมรับผิดชอบมากขึ้น โดยเฉพาะการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายอื่น

2. ควรกำหนดระบบคัดกรอง ประเมินเยี่ยมบ้าน และส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด โดยครอบคลุมการประเมินสภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ความพร้อมของผู้ดูแล และความจำเป็นด้านอุปกรณ์หรือทรัพยากร เพื่อให้ทุกพื้นที่สามารถใช้ข้อมูลในการวางแผนดูแลรายบุคคลและติดตามผลลัพธ์ได้อย่างเป็นระบบ

3. ควรใช้ข้อมูลรายอำเภอในการติดตามผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านสภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลประกอบการวางแผน กำกับติดตาม และปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงอย่างน้อย 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านสภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน รวมทั้งประเมินความยั่งยืนของระบบการดูแลในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2567). ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง
ปีงบประมาณ 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพัทลุง. (2566). ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมืองพัทลุง ปีงบประมาณ 2566. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพัทลุง.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย, และกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย. (2561). คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. กระทรวงสาธารณสุข.
6. Cochran, W.G. (1953). Sampling Techiques. New York : John Wiley & Sons. Inc.
7. Tantirat, P., Suphanchaimat, R., Rattanathumsakul, T., & Noree, T. (2020). Projection of the number of elderly in different health states in Thailand in the next ten years, 2020–2030. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(22), Article 8703. https://doi.org/10.3390/ijerph172287038. จันทร์ศิริ บัวต๋ำ. (2561). การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ใน รพ.สต.ชอนสมบูรณ์ อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี [การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
9. ทองทิพย์ เทียนสว่าง. (2567). การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง), 38(3), 38–49.
10. Muangkaew, P., & Waengnork, W. (2025). Strengthening long-term care for bedridden elderly: A community-driven integrated care model in Thailand. Nurse Educators and Practitioners Journal, 1(2), 38–48. https://doi.org/10.64397/nepj.v01i02.2025.a16
11. กรมอนามัย. (2561). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. กระทรวงสาธารณสุข.
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน”. กระทรวงสาธารณสุข.
13. ชมนาด วีระกิติกุล. (2567). ความเครียดและความต้องการจำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
14. จิตรกร วนะรักษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(2), 285–294.
15. นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, ณัฏฐินีภรณ์ จันทรโณทัย, และดุษฎี ไตรยวงศ์. (2569). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 16(1), 120–139.
16. Thipthimwong, K., Linpoo, M., Kuntajai, K., Thanomchit, B., & Ngoenthong, S. (2025). A community-based healthcare model for bedridden elderly in Mae Jarao sub-district, Mae Ramat district, Tak Province. Journal of the Medical Association of Thailand, 108, 121–130.

การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

The Development of Government Easy Contact Center Services for the Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group, Nong Khai Provincial Public Health Office.

(Received: June 2,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

ปิยะมาศ ปรีชาฎก[1]
Piyamas Preechadok[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การให้บริการศึกษาการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก และผลการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 16 คน และผู้รับบริการ จำนวน 300 คน ดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากร เกี่ยวกับสภาพการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก นำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการรับบริการศูนย์ราชการสะดวกกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อน-หลังการพัฒนา ด้วยสถิติ Independence t test ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 3 เกณฑ์ คือ 1) เกณฑ์ด้านภายภาพจำนวน 16 ข้อ 2) เกณฑ์ด้านคุณภาพ ได้แก่ องค์ประกอบด้านสถานที่ 3 ข้อ องค์ประกอบด้านบริการ 9 ข้อ องค์ประกอบด้านบุคลากรจำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี จำนวน 3 ข้อ และ 3) เกณฑ์ด้านผลลัพธ์ จำนวน 1 ข้อ

ผลการศึกษาแสดงประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.3, SD=0.2) ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการรับบริการศูนย์ราชการสะดวกเพิ่มขึ้น (P<0.001) และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรับบริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายเพิ่มขึ้น (P<0.001)

คำสำคัญ: ศูนย์ราชการสะดวก การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

Abstract

This action research aimed to investigate the current service situation, the development process, and the outcomes of the Government Easy Contact Center (GECC) services at the Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group, Nong Khai Provincial Public Health Office, conducted between May 2024 and May 2025. The sample consisted of 16 purposively selected personnel and 300 service recipients. The research methodology followed the four phases of the PAOR cycle. Data collection instruments included semi-structured interviews administered to the personnel to explore the situations, problems, obstacles, and suggestions regarding GECC service development; these findings were presented qualitatively. Furthermore, questionnaires were utilized to collect demographic data and the service recipients' opinions regarding the GECC services. Quantitative data

[1] เภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

were analyzed using descriptive statistics, while pre- and post-development comparisons were analyzed using an Independent *t*-test.

The results revealed that the developed GECC service model comprised three criteria: 1) Physical criteria (16 items); 2) Quality criteria, consisting of facility components (3 items), service components (9 items), personnel components (4 items), and technological components (3 items); and 3) Outcome criteria (1 item). The study demonstrated statistically significant effectiveness. The suitability of the developed GECC services was rated at a high level (*Mean* = 4.3, *SD* = 0.2). Additionally, the overall positive opinions of the service recipients towards the GECC services significantly increased ($p < 0.001$), and their overall satisfaction with the services at the Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group, Nong Khai Provincial Public Health Office, also showed a statistically significant increase ($p < 0.001$).

Keywords: Government Easy Contact Center (GECC); Service Development; Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group.

บทนำ

การปฏิรูประบบราชการซึ่งเป็นภาระกิจที่รัฐบาลเห็นความสำคัญ โดยเฉพาะในยุคที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ยุค 4.0 จึงผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 โดยมีเจตจำนงให้เกิดการปรับปรุงการให้บริการของภาครัฐ ลดการใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ และกำหนดให้หน่วยงานราชการเปิดเผยขั้นตอน เอกสารที่ต้องใช้ และระยะเวลาในการติดต่อเพื่อให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ [1] ปัจจัยในการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกประกอบด้วย 3 เกณฑ์ ดังนี้ 1) เกณฑ์ด้านกายภาพ ได้แก่ การเปิดให้บริการ การมีป้ายสัญลักษณ์บอกทิศทางที่สะดวกและชัดเจน การจัดให้มีห้องน้ำสะอาด แสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น 2) เกณฑ์ด้านคุณภาพ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสถานที่ เป็นปัจจัยเริ่มต้นในการเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ไม่สร้างภาระแก่ผู้มาติดต่อราชการ ออกแบบการบริการหรือจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ดำเนินกิจกรรมเบื้องต้นก่อนเข้าสู่จุดบริการได้เพื่อให้ประชาชนเกิดความประทับใจ 2) ด้านบริการ มุ่งเน้นมาตรฐานในการบริการที่สอดคล้องกับการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ มีเอกสารหรือแบบฟอร์มที่เพียงพอกับการให้บริการ ลดขั้นตอนในการกรอกเอกสาร การให้บริการมีความถูกต้อง รวดเร็ว สร้างความประทับใจตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการให้บริการ 3) ด้านบุคลากร มุ่งเน้นให้บุคลากร มีService Mind มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการให้บริการ และ4) ด้านเทคโนโลยี มุ่งเน้นให้การบริการมีความสะดวก รวดเร็ว ง่าย และประหยัด รวมถึงมีการคิดค้นและแสวงหาวิธีการหรือแนวทางใหม่ ๆ ที่สามารถตอบสนองปัญหาความต้องการของประชาชนได้ [2]

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการให้บริการมาระยะหนึ่งจากการศึกษาของ สราวุธ สินธู[3] ข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ พ.ศ.2565 พบว่า ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 84.4 โดยความพึงพอใจด้านผู้ให้บริการมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านกระบวนการหรือขั้นตอนการปฏิบัติงาน ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก และช่องทางการติดต่อสื่อสาร ตามลำดับ สำหรับข้อเสนอแนะด้านกระบวนการปฏิบัติงานเรื่อง การชำระค่าบริการด้วยระบบ QR Code ด้านช่องทางการติดต่อเสนอแนะว่า การสอบถามข้อมูลผ่านทางไลน์ ได้รับคำตอบล่าช้า ส่วนด้านสถานที่เสนอแนะว่าสถานที่คับแคบ ผู้รับบริการจำนวนมากเกิดความแออัด จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ

ศึกษาการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยมองว่าการนำนโยบายศูนย์ราชการสะดวก ซึ่งเป็นการบริการที่สร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่ราชการ ที่ช่วยให้การบริการจากรัฐได้รับความสะดวกมากขึ้น หากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินการภายใต้การให้บริการศูนย์ราชการสะดวกแล้วย่อมก่อให้เกิดการสร้างภาพลักษณ์ที่ดี เป็นศูนย์ราชการสะดวกที่ให้บริการอย่างมีมาตรฐาน มีความสะดวก มีประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนที่มาติดต่อราชการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ[2] ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์การให้บริการ เพื่อพัฒนาการให้บริการและศึกษาผลการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก ประกอบด้วย 3 เกณฑ์ ดังนี้ 1) เกณฑ์ด้านกายภาพ 2) เกณฑ์ด้านคุณภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านสถานที่ องค์ประกอบด้านบริการ องค์ประกอบด้านบุคลากร และองค์ประกอบด้านเทคโนโลยี และ 3) เกณฑ์ด้านผลลัพธ์ความพึงพอใจของประชาชนในการรับบริการ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการรับบริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายจำนวน 16 คน เลือกมาทั้งหมดประกอบด้วย เภสัชกร 12 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน 1 คน และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ 2 คน

2. ประชากรเป็นผู้ประกอบการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใบอนุญาต จำนวน 938 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง ได้มาจากสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ยามาเน่ [4] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.5 กลุ่มตัวอย่าง 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง คำถามลักษณะปลายเปิดเพื่อให้ได้ตอบคำถามสถานการณ์การให้บริการ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้บริการในปัจจุบัน ข้อคิดเห็นในการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก ผู้วิจัยประยุกต์จากมาตรฐานการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก แบ่งเป็นตอนที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การให้บริการ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้บริการในแก่ผู้ประกอบการในปัจจุบัน 4 ข้อ ตอนที่ 2 แนวคำถาม

เกี่ยวกับความรู้ ข้อคิดเห็นในการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก 4 ข้อ และ ตอนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ

ชุดที่ 2 การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้น

ชุดที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ประเมินก่อนและหลังการพัฒนาแบ่งออกเป็น ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการรับบริการตามเกณฑ์ด้านกายภาพ เกณฑ์ด้านคุณภาพ และเกณฑ์ด้านผลลัพธ์ 36 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ต่อการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ครอบคลุมด้านสถานที่ ด้านบริการ ด้านบุคลากร และด้านเทคโนโลยี

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของแนวคำถามการสัมภาษณ์และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการรับบริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายพบว่าอยู่ระหว่าง 0.6-1.00 ทุกข้อ และนำแบบสอบถามความคิดเห็นการรับบริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.86

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย การให้ความยินยอมโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่างหากไม่พร้อมและผลการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และ การสะท้อนผล (Reflecting) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาตามวงจร PAOR [5] รอบที่ 2 ตามขั้นตอน เพื่อให้การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและมุ่งเน้นให้การบริการสามารถตอบสนองปัญหาความต้องการของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง เอกสารเลขที่ 43/2567 เมื่อวันที่ 7 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

วงรอบที่ 1 (ระยะเวลา 6 เดือน)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. การศึกษาสถานการณ์การให้บริการโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการให้บริการที่รวดเร็ว พบระบบ internet ใช้งานไม่ได้บ่อยครั้งทำให้การให้บริการล่าช้า สถานที่ให้บริการแออัด ส่วนปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ไม่มีระบบคิวทำให้เกิดการลัดคิว ผู้ประกอบการบางส่วนไม่เข้าใจขั้นตอนกระบวนงานที่จะขออนุญาต บางส่วนไม่ได้มาติดต่อด้วยตนเองทำให้ต้องมาติดต่อหลายครั้งจนกว่าจะเสร็จสิ้นกระบวนงาน สำหรับข้อเสนอแนะใน

การให้บริการ พบว่า ควรมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 2 คน เพื่อให้มีคนทดแทนกรณีไม่อยู่ เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์กระบวน งานแต่ละประเภท พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจขั้นตอนการดำเนินการทุกประเภทการขออนุญาตให้เป็นแนวทางเดียวกัน

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับความเหมาะสมน้อย ($\bar{X}$=2.4, SD=0.6)

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก มาประชุมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลและยกร่างการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ นำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และประเมินความเหมาะสมของการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกได้คะแนนความเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$=4.3, SD=0.2) จากนั้นนำมาจัดประชุมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อชี้แจงรายละเอียดและหลักเกณฑ์การปฏิบัติ และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติงาน กำหนดวิธีดำเนินงาน ระยะเวลาดำเนินงานและกำหนดตัวชี้วัด การติดตามปัญหาในระหว่างการปฏิบัติ และเตรียมนำสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ (Action) การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ (Action) นำแผนปฏิบัติงาน และการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกที่พัฒนาขึ้นนำสู่การปฏิบัติจริง มีรายละเอียด ดังนี้

1. จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจแผนปฏิบัติการ และการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ในวันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

2. นำแผนปฏิบัติงาน ไปใช้ในการให้บริการครอบคลุมการให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observing) เก็บข้อมูลผลที่ได้จากการปฏิบัติ สะท้อนข้อมูลที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกตประชุมแลกเปลี่ยนและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ดังนี้

1. เกณฑ์ด้านกายภาพ ได้รับการอนุมัติงบประมาณเพื่อขยายและปรับปรุงหน่วยงานเป็นสัดส่วนตามมาตรฐาน เปิดให้บริการในเวลาพักเที่ยงในวันราชการ จัดทำทางลาดให้ผู้รับบริการสะดวก ติดตั้งป้ายบอกทางโดยประสานงานกรมทางหลวงเป็นต้น

2. เกณฑ์ด้านคุณภาพ มี รายละเอียด ดังนี้

2.1 องค์ประกอบด้านสถานที่ พบว่า มีการจัดภูมิทัศน์สำหรับพักผ่อนหย่อนใจ เพิ่มพื้นที่สีเขียว ส่งเสริมการใช้พลังงานสีเขียวโดยการติดตั้งแผงโซล่าเซลล์ มีการผู้บริหารให้กลุ่มงานอนามัยและสิ่งแวดล้อม การทบทวนมาตรการและแนวทางประหยัดไฟฟ้า และเน้นย้ำเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานถือปฏิบัติ

2.2 องค์ประกอบด้านบริการพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมการให้บริการ nkphOSSC แต่ยังไม่แล้วเสร็จจำเป็นมีการติดตามต่อเนื่อง มีการปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานบริการ ปรับปรุงงานด้านการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ได้ปรับให้มีจุดรับเรื่องราวร้องทุกข์ที่จุดเดียว เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ซึ่งจะได้มีการหารือแนวทางปฏิบัติร่วมกับกลุ่มกฎหมายและกลุ่มงานประกันสุขภาพส่วนจัดระบบการตรวจสถานประกอบการก่อนขึ้นทะเบียนหรือต่ออายุใบอนุญาต ผ่านระบบ วิดีโอ conference เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการและประหยัดค่าใช้จ่าย

2.3 องค์ประกอบด้านบุคลากร พบว่า มีการจัดตารางปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ประจำวันโดยเริ่ม

ปฏิบัติงานตั้งแต่ 08.30 น. และเปิดให้บริการช่วงเวลา 12.00-13.00น.ในวันราชการ ทำให้ผู้รับบริการไม่ค่อยแออัด และ เสนอการจ้างคนเพิ่มตามFTE

2.4 องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี พบว่า มีการนำโปรแกรม E-Document มาใช้ซึ่งช่วยให้การสืบค้นข้อมูลรวดเร็วขึ้น สามารถตอบปัญหาผู้รับบริการได้ทันที ส่วนการให้บริการยื่นคำขอ online ผ่านระบบ Skynet และผ่านระบบ biz portal พบปัญหาระบบล่าช้า ขั้นตอนบริการซับซ้อน ยังไม่สามารถแจ้งเตือนสถานะการบริการได้ ผู้รับบริการบางรายใช้งานโปรแกรมออนไลน์ไม่คล่อง เจ้าหน้าที่ต้องช่วยกรอกข้อมูลออนไลน์ จึงยังต้องได้รับการพัฒนาต่อ

3. เกณฑ์ด้านผลลัพธ์พบว่า มีการนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้รับบริการมาปรับปรุงเป็นระยะ เช่น การจัดการขยะ และ ห้องน้ำสะอาด มีการกำหนดหน้าที่แม่บ้านที่ทำความสะอาด และ มีระบบการประเมินการปฏิบัติโดยกลุ่มงานบริหารทั่วไปกำกับดูแล ส่วนเรื่องเจ้าหน้าที่ให้บริการมีน้อยทำให้รอรับบริการนาน เสนอให้จัดตารางปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่ประจำจุดต่าง ๆ ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) ผู้วิจัยดำเนินการประชุมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากร เพื่อเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ โดยนำเข้าวาระการประชุมของหน่วยงานเพื่อสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการนำการพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผลและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและหมุนวงล้อ ตามขั้นตอน PAOR อย่างต่อเนื่อง

วงรอบที่ 2 (รวม 6 เดือน)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) มีรายละเอียด ดังนี้

ดำเนินการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกตามผลการสะท้อน ข้อมูลที่ได้จากการหมุนวงล้อ รอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ (Action) นำแผนสู่การปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

1. เกณฑ์ด้านกายภาพ โดยเพิ่มประสิทธิภาพการขอคำปรึกษาผ่านระบบ LINE OA จัดทำเมนูคำถามที่พบบ่อย (Rich Menu) และระบบตอบกลับอัตโนมัติการให้บริการระบบคิวออนไลน์ เป็นต้น

2. เกณฑ์ด้านคุณภาพ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 องค์ประกอบด้านสถานที่ พบว่า มีการจัดพื้นที่สีเขียวหน้าห้อง OSSC นโยบายสำนักงานไร้กระดาษ (Paperless Office) สามารถลดการจัดซื้อกระดาษ A4 ลงจาก 1,500 ริม แหลือ 980 ริม ลดลงถึง 34.66 % รวมทั้งมีการจัดการด้านพลังงานสีเขียวโดยการติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าด้วยพลังงานแสงอาทิตย์ บนหลังคาอาคารสำนักงานเพื่อลดโลกร้อน

2.2 องค์ประกอบด้านบริการ พบว่ามีการสำรวจและรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ และนำระบบการแจ้งสถานการณ์รับบริการด้วยตนเองผ่าน nkphOSSC มาใช้

2.3 องค์ประกอบด้านบุคลากร พบว่า มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่แต่ละกระบวนงานเช่น โครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการพิจารณาอนุญาตและคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดหนองคาย และจัดให้มีการศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีผลงานดีเด่น และประกวดพนักงานดีเด่นประจำไตรมาสและประจำปี

2.4 องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี พบว่านำระบบ Skynet และ Biz portal มาใช้ในการแจ้งเตือนสถานะคำขอผ่านระบบออนไลน์ และมีระบบ SMS แจ้งสถานะการชำระเงิน โดยผู้ประกอบการสามารถเข้าใช้งานระบบและตรวจสอบสถานะคำขอได้ตลอด 24 ชั่วโมง แบบ Real Time เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observing)

1. เกณฑ์ด้านกายภาพ จัดระบบบริการนอกเวลาราชการด้วยระบบออนไลน์ ได้แก่ 1) Biz-Portal สำหรับสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 2) จัดทำเมนูคำถามที่พบบ่อย (Rich Menu) และ 3) ระบบตอบกลับอัตโนมัติ และเพิ่มระบบTracking สถานะการรับบริการและการรายงานสถานะข้อร้องเรียนให้ผู้รับบริการที่แจ้งความประสงค์ ใน LINE OA การลงทะเบียนคิวออนไลน์ผ่านระบบหมอพร้อม

2. เกณฑ์ด้านกายภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 องค์ประกอบด้านสถานที่ ได้แก่ จัดทำทางลาดไปห้องน้ำผู้พิการ จัดหาเก้าอี้ จุดนั่งพักคอยเพิ่มภายในห้องและจุดพักคอยด้านหน้า รวม 24 ตัว ประเมินผลนโยบายสำนักงานไร้กระดาษ (Paperless Office) มาใช้ สามารถลดปริมาณการจัดซื้อกระดาษ A4 ลงจาก 1,500 ริม เป็น 980 ริม ลดลงถึง 34.66 % การใช้พลังงานไฟฟ้าจากโซล่าเซลล์ สามารถผลิตไฟฟ้าได้ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือน เมษายน 2568 จำนวน 170,188.64 บาท

2.2 องค์ประกอบด้านบริการ ได้แก่ เพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการให้บริการด้วย Infographic ได้แก่ ขั้นตอนการขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำรวจความพึงพอใจให้ผู้มารับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหน่วยงานภายนอก

2.3 องค์ประกอบด้านบุคลากร ได้แก่จัดเจ้าหน้าที่ ออกให้บริการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการสุขภาพแก่ผู้รับบริการกลุ่มเปราะบางนอกสถานที่ เช่น กลุ่มผู้พิการ

2.4 องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี ได้แก่ จัดระบบการลงทะเบียนออนไลน์ในระบบหมอพร้อม

3. เกณฑ์ผลลัพธ์พบว่า ข้อมูลความพึงพอใจในการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 (ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$=2.8, SD=0.6, หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$=4.3, SD=0.4)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting)

จัดประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ปรับปรุงแล้ว

สรุปและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. เกณฑ์ด้านกายภาพ การพัฒนาการให้บริการด้านกายภาพพบว่า มีการเพิ่มระยะเวลาเปิดให้บริการ จัดให้มีที่จอดรถสำหรับผู้รับบริการ ติดตั้งป้าย/สัญลักษณ์บอกทาง มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ สตรีมีครรภ์ และผู้สูงอายุ เช่น ประตูเลื่อนอัตโนมัติ โต๊ะสำหรับให้บริการที่สามารถสอดรถเข็นได้ กำหนดช่องทางพิเศษสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์ จัดทำทางลาด ห้องน้ำที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ มีจุดประเมินผลความพึงพอใจ ณ จุดให้บริการ รวมทั้งนำผลการประเมินมาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์หลักของการพัฒนา เพื่ออำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการ ผู้รับบริการได้รับบริการด้วยความรวดเร็วและประทับใจ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลความคิดเห็นในการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 โดยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับความเหมาะสมน้อย ($\bar{X}$=1.9, SD=0.6) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับความเหมาะสมมาก ($\bar{X}$=4.0, SD=0.3) แสดงให้เห็นว่าเป็นการพัฒนาที่ก้าวกระโดด โดยเฉพาะการยกระดับมาตรฐานหน่วยงานให้เป็นศูนย์ราชการสะดวก (GECC) ซึ่งเน้นเรื่อง "สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย" สอดคล้องกับการศึกษาของ รวิสรา อิ่มกูล[6] ทำการศึกษาความสำเร็จในการยกระดับมาตรฐานการให้บริการเป็นศูนย์ราชการสะดวก ของสำนักทะเบียนอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่พบว่า สำนักทะเบียนอำเภอสันทรายมีการวิเคราะห์ทบทวนสถานภาพขององค์กร นำมาแก้ไขการบริการเพื่อยกระดับมาตรฐานการให้บริการประชาชนตาม

เกณฑ์มาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกโดยปรับปรุงพื้นที่การบริการให้สะอาด สวยงามอยู่เสมอ มีการบริการอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้มีความเพียงพอต่อการใช้งาน ส่งผลให้ประชาชนผู้รับบริการมีความพอใจต่อการให้บริการเป็นอย่างมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนากร กันทะ[7] ทำการศึกษาการดำเนินงานตามนโยบายศูนย์ราชการสะดวกของหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทยพบว่า หน่วยงานราชการต้องพัฒนาการให้บริการแก่ประชาชนให้ได้รับความสะดวก รวดเร็วและมีคุณภาพ มีการปรับปรุงสถานที่บริการให้สามารถเข้าถึงได้โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เช่น คนชรา สตรีมีครรภ์ ผู้พิการและผู้ใช้บริการทุกกลุ่ม ปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการที่มีอุปกรณ์ที่พร้อมต่อการให้บริการเพื่อให้ประชาชนเกิดความ พึงพอใจต่อการบริการภาครัฐ

2. เกณฑ์ด้านคุณภาพ

2.1 องค์ประกอบด้านสถานที่ มีขยายและการปรับปรุงหน่วยงานเพื่อเพิ่มพื้นที่บริการ จัดให้เป็นสัดส่วน มีการจัดมุมพักผ่อนหย่อนใจ การจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพ จัดหาถุงขยะรองรับและเปลี่ยนถุงขยะทุกวัน กำหนดจุดทิ้งขยะเปียกและเศษอาหารที่ถังขยะด้านนอกห้องน้ำ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.3, SD=0.4) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาที่อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.2, SD=0.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 สะท้อนว่า การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานทั้งด้านสถานที่สะอาด กว้าง ด้านสุขอนามัยของหน่วยบริการที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมและได้มาตรฐาน กระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติคุณ พรหมเพชร[8] ทำการศึกษามาตรฐานการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกกับความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อสำนักงานที่ดินจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าประชาชนให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านอาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จัดไว้บริการเป็นอย่างมาก หากสถานที่แออัดคับแคบประชาชนจะมีความรู้สึก อึดอัดและต้องการให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการให้เสร็จโดยเร็ว

2.2 องค์ประกอบด้านบริการ มีการสำรวจข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงแก้ไข มีงานบริการที่ไม่ร้องขอสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านจากผู้รับบริการที่เป็นนิติบุคคล ส่วนผู้รับบริการอื่นยังจำเป็นต้องร้องขอเนื่องจากยังไม่มีการเชื่อมฐานข้อมูลในระบบออนไลน์ มีการจัดเจ้าหน้าที่ให้บริการแต่ละจุดจำนวน 2 คน ส่วนช่วงครบรอบการต่ออายุใบอนุญาตมีผู้รับบริการจำนวนมาก มีการจัดเจ้าหน้าที่จากงานมาตรฐานยาและสถานพยาบาลมาเพิ่ม 1 คน และใช้ระบบการชำระผ่าน QR code ณ หน่วยบริการ จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่ทันสมัย จัดจุดประชาสัมพันธ์แสดงขั้นตอนการให้บริการและระยะเวลารับบริการบนจอ Smart TV จัดบริการยื่นคำขอ online ผ่านระบบ Skynet และระบบ biz portal มีระบบการติดตามสถานะใบอนุญาต online มีการจัดหาคอมพิวเตอร์ บริการถ่ายเอกสารและปริ๊นท์เอกสาร ระบบแจ้งเตือนการให้บริการ และระบบการติดตามสถานะผู้รับบริการทาง line Application ช่องทาง e-mail ผ่านเว็ปไซด์ มีการจัดทำแบบสำรวจความพึงพอใจและความคาดหวังจากผู้รับบริการ และนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุง เพิ่มช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน online มีช่องทางการสื่อสารการตอบสนองข้อร้องเรียน ผ่านทางโทรศัพท์ หรือ ศูนย์ Hotline เพื่อการติดตามปัญหาที่เกิดจากการให้บริการ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.9, SD=0.7) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาที่อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.3 SD=0.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ซึ่งสะท้อนการตอบสนองต่อนโยบายภาครัฐได้ดีขึ้น แต่ยังต้องมีการเฝ้าระวังและทบทวนเนื่องจากค่าเฉลี่ยS.D.ที่ 0.6 แสดงให้เห็นถึงอาจมี

กระบวนการให้บริการบางอย่างที่ยังไม่สมบูรณ์ทั่วทั้งองค์กร

2.3 องค์ประกอบด้านบุคลากร มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดและเป็นไปตามคู่มือประชาชนและพฤติกรรมการบริการที่ดี มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนและสื่อสารปัญหาในการให้บริการเพื่อร่วมกันปรับปรุงทุกวันศุกร์ จัดให้มีการศึกษาดูงาน มีการสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรปฏิบัติงาน ได้แก่ การประกวดพนักงานดีเด่นโดยรวบรวมคะแนนความพึงพอใจในการให้บริการ ช่วงเดือนธันวาคม เดือนมีนาคม เดือนมิถุนายน และเดือนกันยายน มีการประกวดพนักงานดีเด่นประจำปี และมอบเกียรติบัตรให้แก่บุคลากร เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากร

2.4 องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี มีการนำระบบ Skynet และ Biz portal มาใช้ในการแจ้งเตือนสถานะคำขอผ่านระบบออนไลน์ และ SMS แจ้งสถานะการชำระเงินตามเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ในระบบ ผ่านระบบออนไลน์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง แบบ Real Time รวมทั้งพัฒนาโปรแกรม nkphossc เพื่อใช้ในการดำเนินงานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และให้ผู้ประกอบการติดตามสถานะการให้บริการต่าง ๆ ผ่านหน้าเว็ปไซด์ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (OSSC Nongkhai) โดยใช้เลขประจำตัวประชาชนของผู้มาใช้บริการ ส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่จับต้องได้จริงและมีความน่าเชื่อถืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < .001$ ทุกรายการที่ดำเนินการ แต่ยังพบโอกาสพัฒนาคือการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี และการปรับปรุงระบบตอบข้อความออนไลน์ที่ยังมีปัญหาการตอบกลับล่าช้ากว่ากำหนด

3. เกณฑ์ด้านผลลัพธ์ ผลการศึกษาพบ ผลรวมความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการรับบริการศูนย์ราชการสะดวกเพิ่มขึ้น ($P<0.001$) และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรับบริการศูนย์ราชการสะดวกกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เพิ่มขึ้น ($P<0.001$) แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก ช่วยให้ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้น และผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับมาตรฐานการบริการที่ดีอย่างสม่ำเสมอใกล้เคียงกัน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบปัญหาที่เป็นโอกาสพัฒนาคือ เจ้าหน้าที่ให้บริการมีความรับผิดชอบหลายหน้าที่ และเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนรัฐ นันทนีย์ [9] ศึกษาแนวทางการพัฒนาศูนย์ดำรงธรรมอำเภอตามมาตรฐานการให้บริการของศูนย์ราชการสะดวก ผลการศึกษาพบว่า ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดที่กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวถึงมากที่สุดคือ งบประมาณและบุคลากรที่ไม่เพียงพอเนื่องจากเจ้าหน้าที่ในระดับภูมิภาคมีภารกิจหลายด้านทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายได้ รองลงมาคือ ระบบงานบริการของศูนย์ดำรงธรรมอำเภอยังไม่มีเอกภาพ ไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ไม่เป็นนวัตกรรมในการให้บริการ และหลักเกณฑ์บางประการเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ ตามลำดับ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1. เนื่องจากลักษณะการบริการของ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข มีส่วนที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินคดีทางอาญา การเปรียบเทียบปรับ การทำสำนวนคดีเพื่อส่งฟ้องศาล และตรวจสอบ เฝ้าระวัง ควบคุม กำกับ การกระทำที่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบตามอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ หากโครงสร้างสายบังคับบัญชามีตำแหน่งนิติกร เพื่อให้คำปรึกษาหรือให้ข้อแนะนำแก่ผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานอย่างมั่นใจ และสามารถดำเนินการให้มีความถูกต้อง รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

2. การดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เน้นขยายการบริการมากขึ้นทำให้มี

เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งไม่สามารถจ้างงานได้ เนื่องจากเกินกรอบอัตรากำลังตามที่ FTE กำหนดไว้ ทำให้ไม่สามารถจัดบริการแก่ประชาชนตามความต้องการและได้อย่างเพียงพอ

ข้อเสนแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้บริหาร ควรสนับสนุน และ ส่งเสริม ให้หน่วยงานภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย นำนโยบายศูนย์ราชการสะดวกมาใช้ในการปฏิบัติราชการ เพื่อช่วยให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

2. ผู้ปฏิบัติ ควรมีความรู้ ความเข้าใจการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงการบริการที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการตามมาตรฐานการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการศูนย์ราชการสะดวก. (2567). คู่มือการรับรองมาตรฐานการให้บริการของศูนย์ราชการสะดวก. พิมพ์ครั้งที่ 8. เผยแพร่ช่องทางออนไลน์.
2. คณะกรรมการอำนวยการศูนย์ราชการสะดวก. (2567). หลักเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2567.https://drive.google.com/file/d/1S3SmM08mCGSVEbmSj6A8t-4rqfX03CbE/view
3. สราวุธ สินธู.(2565). ความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชกรรม สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย.
4. Yamane, T. (1967). Statistics: An introductory analysis (2nd ed.). New York, NY: Harper and Row.
5. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University
6. วริสรา อิ่มกูล. (2565). ความสำเร็จในการยกระดับมาตรฐานการให้บริการเป็นศูนย์ราชการสะดวก ของสำนักทะเบียน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาคณะรัฐประศาสนศาตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. ธนากร กันทะ.(2564). การดำเนินงานตามนโยบายศูนย์ราชการสะดวกของหน่วยงาน ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. เกียรติคุณ พรหมเพชร. (2565). มาตรฐานการให้บริการศูนย์ราชการสะดวกกับความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อสำนักงานที่ดิน. กรณีศึกษาสำนักงานที่ดินจังหวัดศรีสะเกษ.รายงานนี้การศึกษาอบรมหลักสูตรนักปกครองระดับสูง (นปส.) รุ่นที่ ๗๙ สถาบันดำรงราชานุภาพ กระทรวงมหาดไทย.
9. ธนรัฐ นันทนีย์. (2565). แนวทางการพัฒนาศูนย์ดำรงธรรมอำเภอตามมาตรฐานการให้บริการของศูนย์ ราชการสะดวก (GECC).วิทยานิพนธ์คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี

Enhancing Operating Room Nurses Competency in Kidney Transplantation Surgery at Saraburi Hospital.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

ศิริพรรณ สุชาติสุนทร[1], อรุณี ต้นพงษ์เจริญ[1], ณัฐพัชญ์ นาคสมพันธ์[2], พิมรพี ระย้า[3]
Siriphan Suchatsunthorn[1], Arunee Tonpongcharoen[1], Natthapat Naksompan[2], Pimrapee Raya[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาสมรรถนะฯ ระยะเวลาดำเนินการเดือน ธันวาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569 แบ่งเป็น 4 ระยะ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 38 คน วัดผลก่อนและหลังการพัฒนา เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้ 2) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลลัพธ์การศึกษาพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามโปรแกรมฯ มีความรู้ และสมรรถนะสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.6 (SD =.54) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และการเสียชีวิต และไม่พบการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด กลุ่มผู้ป่วยหลังพัฒนาสมรรถนะฯ มีความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.37 (SD =.64) จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนพัฒนาสมรรถนะฯ

คำสำคัญ: พยาบาลห้องผ่าตัด, สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด, การผ่าตัดปลูกถ่ายไต

Abstract

This research and development study aimed to enhance the competency of operating room nurses in providing perioperative nursing care for kidney transplantation patients at Saraburi Hospital, and to evaluate the outcomes of the competency development program. The study was conducted between December 2025 and March 2026. The research process consisted of four phases. The sample comprised 38 operating room nurses, with pre- and post-intervention assessments. Data collection tools included: a knowledge questionnaire, a competency assessment form for kidney transplantation nursing care, a nurse satisfaction questionnaire, and a patient satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that operating room nurses who participated in the competency development program had significantly higher knowledge and competency scores compared to pre-intervention ($p < 0.001$), with a high level of satisfaction (mean = 4.6, SD = 0.54) .Post-implementation, patients experienced fewer complications, such as surgical site infections and mortality, compared to the pre-implementation group. Patient satisfaction was also at a high level (mean = 4.37, SD = 0.64), and the average length of hospital stay was shorter.

Keywords: Operating room nurses, nursing competency, kidney transplantation surgery

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลการรับบริจาค ปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

บทนำ

โรคไตเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก การรักษาไตวายระยะสุดท้าย โดยการบำบัดทดแทนไตได้แก่การฟอกเลือด การล้างไตทางหน้าท้อง และการปลูกถ่ายไต การบริจาคปลูกถ่ายอวัยวะและดวงตาเป็นสาขาหลักในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปัจจุบันพบปัญหาการขาดแคลนอวัยวะ ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นทุกปี ระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานอาจทำให้สภาพร่างกายและไตของผู้รับเสื่อมถอยลง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัด ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานความปลอดภัยสูงสุดจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากภาวะเจ็บป่วยได้โดยเร็ว การผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีขั้นตอนที่ยุ่งยากและซับซ้อน แม้จะอาศัยทีมศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์สูงในการทำความเข้าใจขั้นตอนอย่างละเอียด[1] พยาบาลห้องผ่าตัด เป็นบุคลากรสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนให้การผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐาน การปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพภายใต้สภาวะความกดดันและมีความเสี่ยงตลอดเวลา จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ และสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลห้องผ่าตัด ทั้งในด้านความแม่นยำในกระบวนการพยาบาล ทักษะการสื่อสารและความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างทันท่วงที โดยครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ไปจนถึงระยะจำหน่ายผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง[2] เพื่อให้เกิดกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด[3]

สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง ความสามารถในการบูรณาการความรู้และทักษะเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตและบทบาทหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปลอดภัย การประเมินสมรรถนะตามมาตรฐานพื้นฐานของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด[4] มุ่งเน้นผลลัพธ์ผู้ป่วย 7 ด้านคือ ด้านความปลอดภัยของ การคงความสมดุลทางสรีรวิทยาและการทำหน้าที่ของร่างกาย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ความสามารถด้านวิชาชีพ ความสามารถด้านกฎระเบียบและด้านผลลัพธ์เกี่ยวกับระบบสุขภาพ นอกจากสมรรถนะพื้นฐานดังกล่าว พยาบาลห้องผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังจำเป็นต้องมีสมรรถนะเฉพาะ เพื่อให้สอดคล้องกับความซับซ้อนของโรค ซึ่งครอบคลุมด้าน โรงพยาบาล บุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ หน่วยงานสนับสนุน กระบวนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต การรับบริจาคไตและผลลัพธ์[5] เป้าหมายของการประเมินและพัฒนาสมรรถนะทั้งสองมิตินี้ คือการมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสำเร็จในการผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างยั่งยืน

แนวคิดการพัฒนาระดับความเชี่ยวชาญ Novice to Expert ของ Benner[7] ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom[8] และแนวคิด KAP ของ Chandler[9] กล่าวถึงการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพต้องเกิดจากความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) เป็นแนวคิดที่นิยมใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด นอกจากนี้ กระบวนการโค้ช (Coaching)[10] ซึ่งเป็นวิธีการที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะจากประสบการณ์อย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ[10] และการฝึกซ้อมด้วยสถานการณ์จำลอง เป็นกลวิธีที่ช่วยลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ ส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งในสรีรวิทยาของการปลูกถ่ายและระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งจำเป็นต่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด และยังช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติได้มาก กว่าการสอนในรูปแบบเดิม[11] การฝึกซ้อมในสภาพแวดล้อมจริงของห้องผ่าตัด พยาบาลได้สัมผัสและใช้อุปกรณ์ในพื้นที่จริง ช่วยให้เกิดความคุ้นชินกับตำแหน่งการจัดวางและการเคลื่อนที่ ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องอาศัยสมาธิสูง ประสบการณ์เสมือนจริงนี้ช่วยลดภาวะตื่นตระหนก เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์จริง ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัด มีความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ห้องผ่าตัดยังมีสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียดและมีความเสี่ยงต่อการสื่อสารผิดพลาด[12] การจำลองสถานการณ์จึงเป็น

เครื่องมือในการฝึกทักษะการสื่อสาร ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการส่งเครื่องมือและการบริหารยาในห้องผ่าตัดได้[13]

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง มีศักยภาพโดดเด่นด้านการบริจาคอวัยวะ ในปี พ.ศ.2568 มีการผ่าตัดนำไตออกสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ จากทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปี พ.ศ.2566 - 2568 พบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเท่ากับ 6, 16 และ 26 ราย/ปี ตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 90 เป็นไตที่รับจากผู้บริจาคสมองตาย ปี 2568 พบปัญหาการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด 2 ราย (ร้อยละ 7.70) และพบการติดเชื้อแผลผ่าตัด 3 ราย (ร้อยละ 11.54) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยนานถึง 22.83 วัน (เป้าหมาย 14-21 วัน) ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยพบว่า มีพยาบาลห้องผ่าตัดเพียง 2 คน จาก 55 คน (ร้อยละ 3.63) ที่มีสมรรถนะเฉพาะด้านในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ที่อยู่ในระดับเชี่ยวชาญ (Expert) และเป็นหัวหน้าทีมได้ ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับผู้เรียนรู้และระดับผู้ปฏิบัติ กำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญจึงไม่เพียงพอต่อปริมาณเคสที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับหน่วยงานยังขาดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะที่เป็นระบบและสอดคล้องกับความซับซ้อนของการผ่าตัด ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ การขาดประสบการณ์และการอบรมเฉพาะทางยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อความมั่นใจและการตัดสินใจในสถานการณ์วิกฤต ภาระงานที่สูงและการมีโอกาสดูแลเคสผ่าตัดปลูกถ่ายไตน้อย ทำให้พยาบาลขาดโอกาสในการฝึกฝนทักษะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและปัญหาดังกล่าว พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพัฒนาขีดความสามารถ ให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานที่เปลี่ยนแปลงและท้าทายอยู่เสมอ[6]

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัย เรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยบูรณาการแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมาจัดทำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะฯ ร่วมกับ การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองในพื้นที่จริงและหลักการโค้ช มาเป็นกลวิธีในการพัฒนาสมรรถนะฯ เพื่อยกระดับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด ให้สามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานระดับสากล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี ก่อนและหลัง ได้รับการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ศึกษาในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2568 ถึง 20 มีนาคม 2569 คณะผู้วิจัย คือ ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต 2 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลการรับบริจาค ปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ 1 ท่าน และมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ร่วมให้ข้อคิดเห็น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ1. พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power คำนวณ Sample Size ตามค่า Medium Effect Size เผื่ออัตราการขาดหายของกลุ่มตัวอย่าง 10 % ได้กลุ่มตัวอย่าง 38 คน และ 2.ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในช่วงที่ศึกษามีข้อจำกัดด้านระยะเวลา และผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นการผ่าตัดที่รับบริจาคไตจากผู้บริจาคสมองตาย ทำให้ไม่สามารถกำหนดวันผ่าตัดและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดได้แน่นอน โดยในระยะประเมินผลหลังพัฒนาสมรรถนะ มีผู้ป่วยกลุ่ม

ตัวอย่างเพียง 6 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบทางสถิติ ผู้วิจัยได้ปรึกษานักสถิติและพิจารณาใช้ข้อมูลผลลัพธ์ตามตัวบ่งชี้ก่อนการพัฒนาสมรรถนะฯ ระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 10 คน มาเปรียบเทียบแนวโน้มและความแตกต่างของข้อมูลผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 25 ข้อ แบบประเมินสมรรถนะฯ พยาบาลห้องผ่าตัด 64 ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล 14 ข้อ และแบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล การเลื่อน/งดผ่าตัด ติดเชื้อของแผลผ่าตัด การเสียชีวิต จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

คุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปและหลอดเลือด อายุรแพทย์โรคไต และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญสาขาอายุรกรรม ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 1) โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯ ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.93 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ประเมินคุณภาพโดยใช้ AGREE II[15] ได้ร้อยละ 89.67 3) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 25 ข้อ 2) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต 64 ข้อ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดปลูกถ่ายไต 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .81, .92, .80 และ .92 และมีค่า Cronbach's alpha coefficients .88, .90, .82 และ .89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบ คะแนนความรู้ และสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .001 วิเคราะห์ คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ EC009/2569 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2569 การรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยนำผลการศึกษามาสรุปในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา เป็นแนวทางในการพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ (1 - 10 ธันวาคม 2568) ผู้วิจัยและ ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปี 2566 - 2568 โรงพยาบาลสระบุรีมีสถิติการรับบริจาคไตสูงเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศ และปี 2568 มีการผ่าตัดนำไตออกเป็นอันดับ 1 ของประเทศ มีสถิติผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ปัญหาพบ การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด 2 ราย และ แผลผ่าตัดติดเชื้อ 3 ราย และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยนานถึง 22.83 วัน เกินเป้าหมาย (ตามข้อมูลที่กล่าวข้างต้น)

2. การประเมินระดับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ามีพยาบาลเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.63 ที่มีสมรรถนะระดับผู้เชี่ยวชาญ สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมและสอนงานได้ พยาบาลส่วนใหญ่ที่อยู่ในระดับผู้เรียนรู้ และระดับปฏิบัติ ทำให้บุคลากรที่มีสมรรถนะไม่เพียงพอต่อปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น มีการทำงานล่วงเวลาเกินกำหนด นอกจากนี้ไตที่นำมาปลูกถ่ายส่วนใหญ่รับบริจาคมาจากผู้ป่วย

สมองตาย ทำให้ไม่สามารถกำหนดเวลาผ่าตัดล่วงหน้าได้ จึงเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนสอนหน้างาน

3. วิเคราะห์ความต้องการด้านการพัฒนาสมรรถนะ พบว่าหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการพัฒนาสมรรถนะฯ

4. ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น เพื่อพิจารณามาสร้างกรอบแนวคิดและพัฒนาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯ

5. การศึกษาข้อมูลและโอกาสในการพัฒนา โดยสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่มร่วมกับ พยาบาลศัลยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และสังเกตกระบวนการทำงาน ทำให้เห็นบริบทและปัญหาที่แท้จริง **พบโอกาสในการพัฒนา** 3 ด้านคือ 1) การพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ พยาบาลห้องผ่าตัดควรทำอย่างเป็นระบบเพื่อรองรับจำนวนการผ่าตัดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย 2) การพัฒนารูปแบบและกลวิธีการเรียนรู้ ควรออกแบบโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะฯที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสระบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อให้เกิดทักษะนำไปใช้ได้จริง 3) ควรจัดทำแนวปฏิบัติโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับองค์ความรู้และประสบการณ์ของทีมผู้วิจัย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้และกำกับการปฏิบัติงานให้มีความถูกต้องครอบคลุม

ขั้นที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต (11 ธันวาคม 2568 - 3 กุมภาพันธ์ 2569) ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น มาบูรณาการเพื่อร่างโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความรู้ ทัศนคติที่ดี และมีทักษะการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน ซึ่งมีการดำเนินการ 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. การออกแบบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ทีมวิจัยได้ประชุมเพื่อกำหนดรายละเอียดของโปรแกรม โดยมีการกำหนดเป้าหมายระยะเวลา 4 เดือน: มุ่งเป้าให้มีพยาบาลห้องผ่าตัดก้าวขึ้นสู่สมรรถนะระดับ 5 (ผู้เชี่ยวชาญ) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คน (โดยพัฒนาจากระดับผู้ชำนาญงาน) เพื่อเพิ่มผู้เชี่ยวชาญเป็น 3 คน โดยกำหนดตัวบุคคลหลัก ไว้ชัดเจน และพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างน้อยร้อยละ 50 (19 จาก 38 คน) จะต้องมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น 1 ระดับ การเตรียมทีมผู้สอนและโค้ช โดยให้พยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ 2 คน ทำหน้าที่เป็น "ผู้โค้ช" โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ฝึกอบรมเทคนิคการโค้ช เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้โค้ชได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดตั้งทีมฝึกปฏิบัติ (ผู้วิจัยหลัก, ทีมโค้ช, ศัลยแพทย์) พร้อมกำหนดระยะเวลา แผนการสอนและประเมินผล ผู้วิจัยได้ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จากองค์ความรู้ ประสบการณ์ของทีมวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ จากเอกสารคุณภาพสูง 25 เรื่อง ได้การพยาบาล 4 ระยะคือ ก่อนผ่าตัด ขณะ หลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ชุดเดิม) ก่อนจัดทำเป็นรูปเล่มและไฟล์เอกสารให้พยาบาลได้ศึกษาทำความเข้าใจ การเตรียมสื่อและการจัดอบรม: เตรียมจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเชิญศัลยแพทย์บรรยายเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และผู้วิจัยหลักบรรยายการใช้แนวปฏิบัติฯ จัดหาและคัดเลือกวิดีโอจากยูทูป การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อใช้ประกอบการสอนและให้พยาบาลใช้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติม

2. การพัฒนาเครื่องมือวิจัย (รายละเอียดตามที่กล่าวข้างต้น) โดยนำไปผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ชุดเดิม)

ขั้นที่ 3 การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (4 - 8 กุมภาพันธ์ 2569) หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะฯโดยใช้เวลาพูดคุย 30 นาที เพื่อสร้างความเข้าใจและทัศนคติเชิงบวกต่อการพัฒนา จากนั้นจึงดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ทำการประเมินความรู้และระดับสมรรถนะตั้งต้นของพยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนาสมรรถนะ โดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. การทดลองนำร่อง (Pilot Try-out) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ก่อนใช้จริง นำเครื่องมือและโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมที่จัดทำขึ้นสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

3. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้ แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 38 คน ณ. ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) การศึกษาด้วยตนเองล่วงหน้าจากไฟล์เอกสารแนวปฏิบัติฯ 2) บรรยายการใช้แนวปฏิบัติฯ 4 ระยะ โดยผู้วิจัยหลัก และบรรยายเรื่องสมรรถนะพื้นฐาน และมาตรฐานการตรวจรับรองศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ใช้เวลา 90 นาที 3) การบรรยายทางคลินิกเกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยศัลยแพทย์ทั่วไปและหลอดเลือด ใช้เวลา 60 นาที 4) การศึกษาจากสื่อวิดีโอเพื่อเสริมความรู้และความเข้าใจในเนื้อหา พร้อมทั้งส่งมอบคลิปวิดีโอให้นำไปศึกษาทบทวนด้วยตนเอง

4. การถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะหลังการทดลองโปรแกรมใช้ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยและพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันถอดบทเรียนเพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไข สรุปได้ดังนี้

ปัญหาที่พบ 1.ความคุ้นเคยกับเครื่องมือ: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักและไม่ทราบวิธีการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้ในการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีความซับซ้อน จำนวนมากถึง 93 ชิ้น ขนาดเล็ก บอบบาง และราคาสูง เนื่องจากยังขาดประสบการณ์ลงมือปฏิบัติจริง 2. ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน พยาบาลมีความตื่นเต้นและยังขาดความมั่นใจในการดูแลรักษาสภาพไตบริจาคและการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างถูกต้อง 3. ข้อจำกัดด้านสื่อและการฝึกปฏิบัติ คลิปวิดีโอส่วนใหญ่เป็นภาษาอังกฤษ ทำให้พยาบาลบางส่วนทำความเข้าใจได้ยาก ประกอบกับในช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีเคสผู้ป่วยผ่าตัดจริง จึงไม่สามารถเรียนรู้จากสถานการณ์จริงหน้างานได้ **ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโปรแกรม** ควรจัดให้ทีมโค้ชช่วยอธิบายเนื้อหาในคลิปวิดีโอซ้ำเพื่อลดอุปสรรคด้านภาษาและความเข้าใจ ควรจัดให้มีการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยใช้เครื่องมือและพื้นที่ห้องผ่าตัดจริง เพื่อสร้างความคุ้นเคย กำหนดระบบหมุนเวียนให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้มีโอกาสเข้าร่วมปฏิบัติงานในเคสผ่าตัดผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจริงอย่างทั่วถึง ปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ โดยสรุปสาระสำคัญให้สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และมีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 4 ปรับปรุงหลังการพัฒนาสมรรถนะและการประเมินผล (8 กุมภาพันธ์ - 20 มีนาคม 2569) ขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็นการปรับปรุงโปรแกรมหลังการทดลองใช้ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง และการนำไปใช้ประเมินผลในสถานการณ์จริง ดังนี้

การปรับปรุงโปรแกรมหลังทดลองใช้ครั้งที่ 1 (8 - 14 กุมภาพันธ์ 2569) นำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมดังนี้

1. การเสริมความรู้โดยโค้ช อธิบายเพิ่มเติมทั้งเนื้อหาสื่อวิดีโอและแนวปฏิบัติฯ

2.การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อออกแบบการฝึกปฏิบัติ โดยใช้สถานการณ์จำลอง เครื่องมือ และสถานที่จริงในห้องผ่าตัด จัดพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 2 คนทำหน้าที่โค้ช แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 38 คน ออกเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่มละ 9-10 คน) และแบ่งย่อยเป็นทีมละ 4-5 คน เพื่อฝึกสลับบทบาทเป็น Scrub Nurse และ Circulating Nurse ฝึกทีมละ 1 ชั่วโมง วันละ 2 รอบ ให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินร่วมกับโค้ชและเพื่อนร่วมทีมจนเกิดความมั่นใจ

3. การปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ ปรับเนื้อหาและการปฏิบัติให้สั้นกระชับ เข้าใจง่าย และเพิ่มรูปภาพเครื่องมือผ่าตัดในแนวปฏิบัติ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

4. การถอดบทเรียนหลังการฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองในแต่ละวัน และสรุปรวบยอดเมื่อฝึกครบทุกคน เพื่อนำปัญหามาปรับปรุงโปรแกรมและให้พยาบาลฝึกซ้อมซ้ำจนมั่นใจ

การนำไปปฏิบัติจริงและการประเมินผล (15 กุมภาพันธ์ - 20 มีนาคม 2569)

หลังจากมั่นใจในทักษะ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ทักษะไปใช้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 6 ราย โดยมีผู้โค้ชคอยให้คำแนะนำ สอนงาน เพิ่มเติมหน้างาน ติดตามสังเกตการณ์ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ และให้ข้อมูลย้อนกลับทันที

การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาสมรรถนะ ผู้วิจัยและโค้ชร่วมกันประเมินผลดังนี้ 1.ด้านผู้ให้บริการ ประเมินความรู้และสมรรถนะ โดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินสมรรถนะฯ ชุดเดิม ร่วมกับการประเมินทักษะการปฏิบัติหน้างานโดยทีมโค้ช และประเมินความพึงพอใจของ กลุ่มตัวอย่าง 2. ด้านคุณภาพบริการและผลลัพธ์ด้านองค์กร ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตกลุ่มตัวอย่าง ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากแบบบันทึกข้อมูล การเลื่อนหรืองดผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน (เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ) การเสียชีวิต และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้จัดทำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. เครื่องมือที่นำมาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะฯ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ประกอบด้วยการพยาบาล 4 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุม 7 ด้าน (ตามที่กล่าวข้างต้น) 2) สื่อการสอน ได้แก่ อุปกรณ์/เครื่องมือ ที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต, โมเดลไต และคลิปวีดิโอจากยูทูป 2. กลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะฯ คือ 2.1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2.2) ให้ชมคลิปวีดิโอและเรียนรู้ด้วยตนเอง 2.3) ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองในพื้นที่จริง 2.4) ใช้หลักการโค้ช โดยพยาบาลผู้โค้ช 2 คน ตั้งแต่ขั้นตอนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง จนถึงขั้นปฏิบัติจริงหน้างาน

ด้านผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัด 38 คน เพศหญิง 35 คน (ร้อยละ 92) เพศชาย 3 คน (ร้อยละ 8) อยู่ในวัยทำงาน อายุ 30-39 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 44.73 มีอายุงานเฉลี่ย 12 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 47.3) เคยผ่านการอบรมและเคยมีประสบการณ์เข้าร่วมทีมผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 11 คน (ร้อยละ 28.95) เคยมีประสบการณ์ช่วยทีมผ่าตัดรอบนอกและสังเกตการณ์ แต่ไม่ผ่านการอบรมฯ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 21.05) อีก 19 คน (ร้อยละ 50) ไม่มีประสบการณ์และไม่ผ่านการอบรมฯ

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกด้าน โดยความรู้ภาพรวมหลังพัฒนาเท่ากับ 16.29 (S.D. = 3.10) ซึ่งสูงกว่าก่อนพัฒนาที่มีคะแนนเฉลี่ย 9.24 (S.D. = 3.56) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 17.83$, $p < .001$) ระยะก่อนผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก 3.34 (S.D. =1.96) เป็น 7.47 คะแนน (S.D. =1.66)

ภาพรวมสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังพัฒนาฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -10.428$, $p< .001$) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.19 (S.D. = 0.21) เป็น 4.39 (S.D. = 0.15) พบว่ามีสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ถึง 5 ด้าน จาก 7 ด้าน ด้านที่เห็นผลชัดเจนที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มขึ้นสูงสุด (4.08 เป็น 4.43) ส่วนด้านที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ การคงความสมดุลของร่างกาย และความสามารถด้านวิชาชีพ แต่มีค่าคะแนนสมรรถนะเฉลี่ย (Mean) หลังพัฒนาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ (n = 38) ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.54) ด้านส่งเสริมให้เกิดความตระหนักความปลอดภัยแก่ผู้รับการผ่าตัดคะแนนสูงที่สุด (Mean = 4.76, S.D. = 0.43) ระยะก่อนผ่าตัดพึงพอใจมากที่สุดในการประเมินความพร้อมและตรวจสอบเอกสารและความมั่นใจในเทคนิคปราศจากเชื้อ (Mean = 4.68, S.D. = 0.47) ระยะขณะผ่าตัด ทุกด้านมีคะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด การจัดการสารน้ำและยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.71, S.D. = 0.45) การเตรียมไตมีความถูกต้องและปลอดภัย (Mean = 4.65, S.D. = 0.53) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Mean = 4.60, S.D. = 0.49) ส่วนคะแนน ความพึงพอใจด้านการส่งเครื่องมือได้รวดเร็ว

ทันตามขั้นตอนการผ่าตัด มีค่าคะแนนต่ำสุด (Mean = 4.57, S.D. = 0.59) ระยะหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน การเกิดการตระหนักในความปลอดภัย มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ (Mean = 4.76, S.D. = 0.43) การตรวจสอบจำนวนเครื่องมือและผ้าซับเลือด (Mean = 4.60, S.D. = 0.49) และการจัดการสิ่งส่งตรวจ (Mean = 4.60, S.D. = 0.54) การสื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วนเมื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยัง ICU (Mean = 4.50, S.D. = 0.55)

ด้านคุณภาพบริการและองค์กร

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทั้งกลุ่มก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะฯ เป็นผู้ป่วยที่รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนพัฒนาฯจำนวน 10 คน เพศชาย 6 คน ร้อยละ 60 และเพศหญิง 4 คน ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 42 ปี โรคร่วม HT 2 คน และ Stroke 1 คน ส่วนกลุ่มหลังพัฒนาสมรรถนะฯ มีผู้ป่วย 6 คน เพศชาย 4 คน ร้อยละ 66.67 และเพศหญิง 2 คน ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 48 ปี โรคร่วม HT 2 คน และ DM 1 คน

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต หลังพัฒนาสมรรถนะฯ (n=6) ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อน/งดผ่าตัด และไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยก่อนการพัฒนา (n=10) พบอัตราการเลื่อนผ่าตัด และอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดร้อยละ 10 และไม่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ (n = 6) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 4.37 (S.D. = 0.64) เมื่อพิจารณารายด้านได้ดังนี้ มีความพึงพอใจมากที่สุด มี 4 ข้อ ข้อที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน 4.58 (S.D. = .51) ได้แก่ การอธิบายขั้นตอนและเหตุผลก่อนให้การดูแลรักษาและ ห้องพักสะอาด ปลอดภัย มีการยกไม้กั้นเตียงทุกครั้ง ประเด็นด้านคุณภาพและศิลปะการดูแลรองลงมาผู้ป่วยพึงพอใจต่อความเอาใจใส่และสุภาพอ่อนโยนของ ทีมสุขภาพ และด้านความพร้อมและการจัดเตรียมของใช้ที่เพียงพอและสะดวกต่อการใช้งาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (S.D. = .67) การดูแลตรวจร่างกาย ซักถามอาการ ให้ข้อมูลอาการ/แผนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (S.D. = .79) ความพึงพอใจด้านการดูแลต่อเนื่องและผลลัพธ์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (S.D. = .49 และ .77) ส่วนด้านความสนใจรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอก คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4.08 (S.D. = .79) เมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ

ผลลัพธ์ด้านองค์กร จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลังพัฒนาสมรรถนะฯ พบว่าลดลงจากก่อนพัฒนา จาก 14.00 วัน (S.D. = 9.97) เหลือ 12.33 วัน (S.D. = 4.32)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้และสมรรถนะเป็นฐาน กรอบแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมา และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องออกแบบโปรแกรม สำหรับกลวิธีในการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จำลองในพื้นที่จริง ร่วมกับการใช้หลักการโค้ช กระบวนการเหล่านี้ช่วยเปลี่ยนผ่านความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาสมรรถนะโดยใช้โปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ ความพึงพอใจและทัศนคติ รวมถึงทักษะการปฏิบัติงาน ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาสมรรถนะนี้ ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจ รายงานแพทย์ และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ส่งผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้ป่วย คือ ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนการติด

เชื้อแผลผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต และการปลูกถ่ายไตประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ เนื่องจากงานผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีความซับซ้อน จึงต้องการพยาบาลที่มีสมรรถนะเฉพาะทางสูง ทั้งทักษะทางคลินิกและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพล มั่งคั่ง และ ศิริพร วิวัฒน์กุล[16] พบว่าการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยยกระดับการตัดสินใจในภาวะวิกฤตได้ดีกว่าการเรียนรู้แบบเดิม รวมถึงสอดคล้องกับ กรรณิกา อำพน และคณะ[17] ที่ระบุว่าการโค้ชช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องและต่อยอดสู่ทักษะปฏิบัติที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น"

ด้านผู้ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังพัฒนา พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา สะท้อนให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นเครื่องมือหลักในการถ่ายทอดความรู้ ควบคู่กับการจัดการเรียนรู้ ผ่านการฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองในพื้นที่จริงและการใช้หลักการโค้ช ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดระบบข้อมูลและทำความเข้าใจเนื้อหาที่มีความซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้นกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Bloom's Taxonomy[8] ที่ระบุว่าการเรียนรู้ซึ่งดำเนินไปตามลำดับขั้น เริ่มจากการจำ ความเข้าใจ ไปจนถึงการประยุกต์ใช้ จะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และคณะ[18] ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าการจัดเนื้อหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ช่วยให้คะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยเมื่อเทียบกับระยะก่อนผ่าตัด เนื่องจากการพยาบาลใน 2 ระยะนี้มีความซับซ้อนและต้องการความรู้เฉพาะทางสูง การพัฒนาสมรรถนะในส่วนนี้จึงต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการสั่งสมประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมินสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะฯ สามารถยกระดับความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้ในทุกมิติ โดยภาพรวมของคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ด้านพฤติกรรมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด ซึ่งเป็นผลจากการที่พยาบาลมีความรู้และทักษะที่แม่นยำในขั้นตอนการปฏิบัติงาน จึงเกิดความมั่นใจ สามารถให้คำแนะนำ และตอบข้อซักถามของครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน สมรรถนะความสามารถด้านวิชาชีพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลพบว่า กลุ่มที่มีคะแนนต่ำเป็นพยาบาลที่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือไม่มีประสบการณ์เข้าช่วยทีมผ่าตัดปลูกถ่ายไตมาก่อน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการศึกษา ทั้งระยะเวลาและจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ทำให้พยาบาลได้ลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงไม่ทั่วถึงทุกคน ประกอบกับในระยะผ่าตัดปลูกถ่ายไตต้องอาศัยทักษะเชิงเทคนิคที่ซับซ้อนสูง ต้องจัดการกับเครื่องมือผ่าตัดที่มีความละเอียดอ่อนถึง 93 ชิ้น ภายใต้ความกดดันเรื่องเวลาที่อวัยวะขาดเลือด (Ischemic time) และต้องอาศัยความแม่นยำในการเตรียมสารละลายล้างไต การพัฒนาสมรรถนะด้านนี้จึงต้องใช้เวลาและประสบการณ์มากกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวิภา ติตถะสิริ และคณะ[19] ที่ระบุว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงมักมีสมรรถนะพื้นฐานคงที่ แต่ต้องการการพัฒนาด้านทักษะการคิดวิเคราะห์ขั้นสูง และการจัดการรายกรณีที่ซับซ้อน เมื่อประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ของ Benner พบว่ามีพยาบาลร้อยละ 55.26 (21 จาก 38 คน) ที่มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 50 ที่สำคัญคือ มีพยาบาล 1 คน สามารถเลื่อนระดับจากผู้ชำนาญงาน (Proficient) ขึ้นเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ส่งผลให้ทีมมีหัวหน้าทีมเพิ่มขึ้นอีก 1 คน (รวมเป็น 3 คน) ความสำเร็จนี้เป็นผลมาจากการตั้งเป้าหมายการพัฒนา และการกำหนดบุคคลหลักที่ชัดเจน

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯในภาพรวมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61) พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ความมั่นใจด้านความปลอดภัย รองลงมาคือ ความชัดเจนในการบันทึกสารน้ำและยา นอกจากนี้ ยังสะท้อนความเห็นว่า

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะไม่ก่อให้เกิดภาระงานที่ซ้ำซ้อน และมีความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงาน ซึ่งทัศนคติเชิงบวกนี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้เกิดความยั่งยืนในการนำไปปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ AORN[4] ที่ระบุว่า การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อระบบบริการ โดยไม่เพียงช่วยยกระดับความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการ

ด้านคุณภาพบริการและผลลัพธ์ทางองค์กร: การพัฒนาสมรรถนะฯ ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่พบแผลผ่าตัดติดเชื้อ สอดคล้องกับแนวคิดของ AORN[4] ที่ระบุว่า การฝึกอบรมเพิ่มสมรรถนะเชิงเทคนิค คู่กับการรักษาสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดในกระบวนการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในกระแสเลือดและแผลผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ในด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและระบบบริการ ยังพบว่าภายหลังการพัฒนา ไม่มีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al.[20] ที่ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลที่มีสมรรถนะสูงในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนและขณะผ่าตัด จะมีศักยภาพในการเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อมของสารน้ำและยากดภูมิคุ้มกันได้อย่างแม่นยำ ส่งผลให้อวัยวะที่ปลูกถ่ายฟื้นตัวและทำงานได้ดี ไม่เกิดภาวะต่อต้านไต และช่วยลดการเสียชีวิตในระยะเฉียบพลัน ความสำเร็จจากตัวชี้วัดทั้งหมดนี้ จึงสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว สามารถช่วยแก้ไขปัญหาในจุดวิกฤตของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้อย่างแท้จริง

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต พบว่า มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผลลัพธ์นี้เป็นเครื่องยืนยันว่า สมรรถนะของพยาบาลด้านพฤติกรรมการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด) ได้ถูกนำมาถ่ายทอดสู่การปฏิบัติงานจริงจนผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ สอดคล้องกับทิศทางของแผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565 – 2569[21] ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลด้วยความเอื้ออาทร และเน้นย้ำการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดีเยี่ยมให้แก่ผู้รับบริการ

เมื่อพิจารณาด้านการดูแลต่อเนื่องและการเตรียมความพร้อม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึง ICUรวมถึงการได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ความสำเร็จในส่วนนี้เกิดจากการที่แนวปฏิบัติได้กำหนดบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลไว้อย่างชัดเจน ประกอบกับความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่างทีมผู้วิจัย คือหัวหน้ากลุ่มงานบริจาค ปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด สอดคล้องกับวิภาวดี ว่องวรานนท์[22] ที่ระบุว่า การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ และมีความพร้อมในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

ด้านผลลัพธ์ระดับองค์กร ผลจากการพัฒนาสมรรถนะ ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแปรปรวน ของบริการที่ลดลง อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่พยาบาลมีความสามารถและยึดถือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Hsu et al.[23] ที่กล่าวว่า การลดความแปรปรวนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยคือกุญแจสำคัญสู่ความปลอดภัยและการฟื้นตัวที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การประสานงานที่ไร้รอยต่อของทีมพยาบาลห้องผ่าตัด มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากภาวะวิกฤตได้รวดเร็วขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการนอนโรงพยาบาลนาน นอกจากนี้แล้ว การพัฒนาสมรรถนะด้วยโปรแกรมนี้ ส่งผลให้พยาบาลมีความตระหนักรู้ สามารถประเมินและตรวจจับสัญญาณความผิดปกติ

ระหว่างการผ่าตัดได้ และรายงานแพทย์ผู้ผ่าตัดได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จากแนวโน้ม ของตัวชี้วัดทั้งหมดที่มีทิศทางดีขึ้นอย่างชัดเจน จึงถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ว่าไม่เพียงแต่ช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพบริการขององค์กรให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดเป็นหลักสูตรมาตรฐานโดยบรรจุโปรแกรมการฝึกสถานการณ์จำลองเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เพื่อสร้างมาตรฐานสมรรถนะที่เท่าเทียมกัน และ ผู้บริหารควรสนับสนุนงบประมาณและเวลาในการฝึกซ้อมอย่างต่อเนื่อง

2. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและจำนวนผู้ป่วย จึงควรขยายเวลาทำการศึกษาในระยะประเมินผลเพิ่มขึ้น ให้มีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มากพอและติดตามความคงอยู่ของทักษะ การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.โสภณ จิรสิริธรรม.(2562). แนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานสากล. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข. 2562; 10(2): 45-58.

2.จารีศรี กุลสิริปุญโญ.(2558). การพัฒนาเกณฑ์การประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลกองทัพบก. 2558; 16(2): 123-30.

3.นงลักษณ์ พวงดอกไม้, สุชาดา อินทรบุตร.(2567). การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก. นครนายก: ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; 2567.

4.AORN.(2006). Results of the 2006 AORN salary survey: Trends for perioperative nursing. AORN J. 2006; 84(6): 952-63.

5.ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย.(2564). มาตรฐานการตรวจรับรองโรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สภากาชาดไทย; 2564

6.Cui S, Jiang Y, Shi Q, Zhan L, Komg D, Qian M, et al.(2021). Impact of COVID-19 on anxiety, stress, and coping styles in nurses in emergency departments and fever clinics: A cross-sectional survey. Risk Manag Health Policy. 2021; 14: 585-94.

7.Benner P.(2001). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2001.

8.Bloom BS.(1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: David McKay; 1956.

9.Spross JA.(2019). The coaching function of the advanced practice nurse. In: Tracy MF, O'Grady ET,editors.Hamric and Hanson's advanced practice nursing: an integrative approach. 6th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2019. p. 161-182.

10.Chandler J, Sibley A, Darnton P, Less A, Defever E.(2025). Evaluating Innovations in Health Service: A Team Competency Framework. In: Kaehne A, Feather J, editors. Handbook of Health Services Evaluation. Philadelphia: Springer; 2025. p. 391-412.

11.ปิยะนุช จิตตนันท์.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ: จากทฤษฎีสู่แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.

12.กนกพร จงอนุกูล, ปัญจมาภรณ์ อุดมวิชา, ทัศนีย์ ทองสว่าง.(2562). ผลของการฝึกอบรมด้วยสถานการณ์จำลองต่อสมรรถนะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมของพยาบาลห้องผ่าตัด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(4): 115-24.

13.ฐิติมา ทวีรัตน์, สุชาดา เนียมคำ.(2564). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลจบใหม่. วารสารพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564; 48(2): 210-22.

14.Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD.(2006). Evaluating training programs: the four levels. 3rd ed. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2006.

15.Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al.(2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010; 182(18): E839-42.

16.ธนพล มั่งคั่ง, ศิริพร วิวัฒน์กุล.(2569). ผลของโปรแกรมสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความเชื่อมั่นในตนเองและสมรรถนะการพยาบาลผ่าตัดปลูกถ่ายไต. วารสารพยาบาล. 2569; 75(1): 15-25.

17.กรรณิกา อำพน, และคณะ.(2564). ผลของการโค้ชต่อทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสภาการพยาบาล. 2564; 36(2): 45-58.

18.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และคณะ.(2562). การพัฒนาโปรแกรมการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัด. 2562; 10(2): 30-42.

19.วรรณวิภา ติตถะสิริ, อารีย์รัตน์ ส่งสกุลวัฒนา, และณฐวัฒน์ สุวรรณวัฒน์.(2567). ต้นแบบระบบอาจารย์ที่ปรึกษาอัจฉริยะ. วารสารศิลปะการจัดการ. 2567; 8(1): 38-56.

20.Smith A, et al.(2021). Nursing competence and clinical outcomes in organ transplantation. J Transplant Nurs. 2021; 15(4): 201-15.

21.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565 – 2569. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

22.วิภาวดี ว่องวรานนท์.(2565). ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, 2565.

23.Hsu LL, et al.(2020). Clinical competence and process variation in nursing care. Int J Qual Health Care. 2020; 32(5): 315-22.

ผลของโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

Effects of a Health Belief Model–Based Program on Medication Perception, Medication Adherence, and Blood Pressure among Older Adults with Hypertension.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

วรรณา กุลหกูล[1] ขนิษฐา วงษ์สด[1] ผาสุก มั่นคง[2]
Wanna Kulhakul[1] Kanitta Wongsod[1] Phasuk Mankhong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา และแบบบันทึกค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ขณะที่ค่าความดันโลหิตทั้งซีสโตลิกและไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .01$) นอกจากนี้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา ($r = .68$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิต ($r = -.52$, $p < .01$) เช่นเดียวกับพฤติกรรมการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิต ($r = -.55$, $p < .01$)

คำสำคัญ: การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา, พฤติกรรมการใช้ยา, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a Health Belief Model–based program on medication perception, medication adherence, and blood pressure among older adults with hypertension. A two-group pretest–posttest design was employed. The sample consisted of 60 older adults, selected using purposive sampling and equally assigned to an experimental group and a control group (n = 30 each) using time-based allocation. The research instruments included the intervention program, a medication perception questionnaire a medication adherence questionnaire and blood pressure records. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and Pearson’s correlation coefficient.

The results showed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher medication perception and medication adherence scores compared with their pretest scores ($p < .05$) and those of the control group ($p < .01$). In addition, systolic and diastolic blood pressure levels were significantly reduced compared with the control group ($p < .01$). Medication perception was positively correlated with medication adherence ($r = .68$, $p < .01$) and negatively correlated with blood pressure levels ($r = -.52$, $p < .01$). Medication adherence was also negatively correlated with blood pressure levels ($r = -.55$, $p < .01$).

Keywords: medication perception, medication adherence, hypertension, older adults, Health Belief Model

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม
[2] พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกประมาณ 1.28 พันล้านคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก นอกจากนี้ยังพบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 21 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม[1]

ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของประชากรผู้ใหญ่ และยังพบว่าความชุกของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตเรื้อรัง[2] ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการควบคุมระดับความดันโลหิตผ่านการรับประทานยาตามแผนการรักษา อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด[3]

จังหวัดสิงห์บุรีมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามพบว่ามีเพียงร้อยละ 32 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์[4] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีพฤติกรรมหยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการ หรือปรับขนาดยาด้วยตนเอง[5] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการที่อาจส่งผลต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสม เช่น การมองเห็นลดลง การได้รับยาหลายชนิดพร้อมกัน (polypharmacy) รวมถึงความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม หรือการใช้ยาร่วมกับสมุนไพรโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากยาและการควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ ที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอธิบายว่าบุคคลจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น[6, 7] ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยกรอบแนวคิดดังกล่าวจึงมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยอาศัยกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์สามารถช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาและการควบคุมโรค[8, 9] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพหรือผลลัพธ์ทางคลินิกเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น พฤติกรรมการรับประทานยา หรือระดับความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว และยังมีงานวิจัยค่อนข้างจำกัดที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการรับประทานยา และผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้สูงอายุพร้อมกัน โดยเฉพาะในบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิด Health Belief Model ต่อการรับรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการรับประทานยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) โดยไม่ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (non-randomized design) การเลือกใช้รูปแบบการวิจัยดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายใต้สภาพแวดล้อมจริงของการให้บริการสุขภาพ[14] การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยบุคคลจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers) รวมถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล[10, 11]

ในการศึกษานี้ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกพัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกระบวนการให้ความรู้ การฝึกทักษะและการเสริมแรงทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12, 13]

การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในงานวิจัยนี้ครอบคลุมการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยพฤติกรรมการใช้ยาประกอบด้วยการตรวจสอบยา การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การเก็บ

รักษายาอย่างเหมาะสม และการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

ผลลัพธ์ของพฤติกรรมการใช้ยาดังกล่าวสะท้อนผ่านการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ของประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยโปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

ในการจัดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการจัดกลุ่มตามช่วงเวลาการเข้ารับบริการ (time-based allocation) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination) ที่อาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์เกี่ยวกับโปรแกรมระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดให้กลุ่มควบคุมเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเวลา 08.00–10.00 น. และกลุ่มทดลองในช่วงเวลา 10.00–12.00 น.

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง (baseline equivalence) โดยเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระยะเวลาการป่วย ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว การจัดยารับประทานด้วยตนเองหรือผู้ดูแล และระดับความดันโลหิต ค่าคะแนนตัวแปรที่ศึกษาในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test และ chi-square test เพื่อให้มั่นใจว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 419 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ในระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการจัดกลุ่มตามช่วงเวลาการเข้ารับบริการ (time-based allocation)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือภาวะความจำบกพร่องที่ส่งผลต่อการตอบแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมโปรแกรม
2. มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง≥180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือมีอาการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
3. เข้าร่วมการทดลองทางคลินิกอื่นที่อาจมีผลต่อผลการศึกษาในช่วงเวลาเดียวกัน
4. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α)เท่ากับ .05 และกำหนด

อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 รวมทั้งกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.50 ตามเกณฑ์การจำแนกขนาดอิทธิพลทางสถิติ สำหรับการทดสอบ independent t-test ซึ่งใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาป่วย ผู้จัดยาเองให้รับประทาน จำนวนยาที่รับประทาน และระดับความดันโลหิต เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิด Health Belief Model (HBM) เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และการรับรู้อุปสรรคในการใช้ยา แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ ตั้งแต่ 1–5 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงระดับการรับรู้ที่สูงกว่า และข้อคำถามเชิงลบทำการกลับค่าคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม และแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 5 ระดับ ตามหลักการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[15]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้งและไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติประจำเท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งเท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้งเท่ากับ 2 คะแนน และ ไม่เคยปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน และข้อที่เป็นข้อความเชิงลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน และแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 5 ระดับ ตามหลักการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[15]

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกค่าความดันโลหิต การวัดความดันโลหิตดำเนินการโดยผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานก่อนการใช้งาน และใช้เครื่องมือเดียวกันตลอดการศึกษาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือ ผู้เข้าร่วมวิจัยพักในท่านั่งอย่างน้อย 5 นาที ก่อนการวัดความดันโลหิต จากนั้นทำการวัดจำนวน 3 ครั้ง โดยเว้นระยะห่างครั้งละ 1–2 นาที และใช้ค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตทั้งสามครั้งในการวิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่แนะนำโดยสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการวิจัยทางสุขภาพ ผลการประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีค่า

เท่ากับ .78 และ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา มีค่าเท่ากับ .85

ส่วนแบบบันทึกค่าความดันโลหิต ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการวัดตามแนวทางมาตรฐานการวัดความดันโลหิตในงานวิจัยทางคลินิก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง (pre-test) เก็บข้อมูลวันที่ 2 มิถุนายน 2568 เวลา 8.00 – 10.00 น. หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังการทดลอง (post-test) วันที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องครั้งต่อไป ระยะเวลาห่างจากการนัดครั้งแรก 16 สัปดาห์ (6 ตุลาคม 2568) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยใช้วิธีเดียวกับครั้งที่ 1 ตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา

ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่กลุ่มควบคุม เพื่อประโยชน์ด้านจริยธรรม

กลุ่มทดลอง วันที่ 2 มิถุนายน 2568 เวลา 10.00 – 12.00 น.

กิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอาการตรวจวัดสัญญาณชีพโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล และให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงครอบคลุมการรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรคของการใช้ยาโดยใช้การบรรยายและอภิปรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 การฝึกใช้บัตรยา ให้ผู้ป่วยจัดทำบัตรยารายบุคคล ระบุชื่อยา วิธีใช้ และเวลาพร้อมฝึกอธิบายบัตรยาของตนเอง เพื่อประเมินความเข้าใจ และและส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 4 การฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง เป็นการพัฒนาทักษะการใช้ยาในสถานการณ์เสมือนจริง ผู้วิจัยจัดสถานการณ์จำลองที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบจริงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศึกษา เช่น การรับประทานยาในช่วงเวลาเช้า–กลางวัน–เย็น การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy) และสถานการณ์ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การลืมรับประทานยาการรับประทานยาซ้ำ หรือการไม่แน่ใจเกี่ยวกับวิธีใช้ยา ผู้โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำและข้อมูลย้อนกลับทันที ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

กิจกรรมที่ 5 การติดตามและเสริมแรงภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตาม 1–2 ครั้ง ภายใน 2–4 สัปดาห์ เพื่อประเมินปัญหาและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 6 ในวันนัดครั้งต่อไป ห่างจากครั้งแรก 16 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวัดความดันโลหิต โดยใช้วิธีเดียวกับการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยา (post-test) เพื่อนำไปเปรียบเทียบผลก่อน–หลังการทดลอง

การควบคุมคุณภาพการวิจัย

เพื่อควบคุมความเที่ยงตรงภายใน ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1.แยกช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูล

2.ใช้เครื่องมือและวิธีการวัดแบบเดียวกันในการเก็บข้อมูลทุกครั้ง

3.ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกันตลอดการศึกษา

4.ตรวจสอบความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

5.กำหนดระยะเวลาการทดลองเท่ากันทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง ของสถิติ t-test ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการ รับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา กับค่าความดันโลหิตโดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient

6. เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยชินวัตร (เลขที่ IRB 2025/40)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.00 และกลุ่มทดลองร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน (63.42 ± 11.20 และ 65.47 ± 11.05 ปี ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป และเป็นผู้จัดยารับประทานด้วยตนเอง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติทีแบบไม่อิสระ (paired t-test) *(n=30)*

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)		หลังได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)		t(29)	p	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	79.58	12.80	89.60	10.20	2.95	.006	0.86
พฤติกรรมการใช้ยา	76.03	11.30	88.20	11.50	3.20	.003	1.06

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)		หลังได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)		t(29)	p	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
ค่าความดันโลหิตซีสโตลิก (มม.ปรอท)	146.70	13.80	133.50	12.50	4.20	<.01	0.89
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม. ปรอท)	89.02	9.85	81.95	6.90	6.90	<.01	0.75

**p < .01

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมตามแนวคิด กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(29) = 2.95, p < .01) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับมาก (Cohen's *d* = 0.86) และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(29) = 3.20, p < .01) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมากเช่นกัน (Cohen's *d* = 1.06) ค่าความดันโลหิตซีสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(29) = 4.20, p < .01) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับมาก (Cohen's *d* = 0.89) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(29) = 6.90, p < .01) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับมาก (Cohen's *d* = 0.75)

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาและค่าความดันโลหิต ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม *(n=30)* และกลุ่มทดลอง *(n=30)*

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (*n*=30)		กลุ่มทดลอง (*n*=30))		t(58)	p	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา							
ก่อนทดลอง (pre-test)	78.59	13.74	79.58	12.80	0.82	0.416	0.07
หลังทดลอง (post-test)	79.45	12.58	89.60	10.20	5.92	<.01	0.91
พฤติกรรมการใช้ยา							
ก่อนทดลอง (pre-test)	76.84	12.68	76.03	11.30	0.62	0.538	0.07
หลังทดลอง (post-test)	78.21	10.21	88.20	10.20	6.45	<.01	0.99
ค่าความดันโลหิตซีสโตลิก (มม.ปรอท)							
ก่อนทดลอง (pre-test)	145.30	14.20	146.70	13.80	0.50	0.619	0.10
หลังทดลอง (post-test)	144.80	13.90	133.50	12.50	4.12	<.01	0.89
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)							
ก่อนทดลอง (pre-test)	88.45	10.30	89.02	9.85	0.89	0.377	0.06
หลังทดลอง (post-test)	87.62	9.85	81.95	6.90	6.90	<.01	0.75

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

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิตทั้งซีสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.92$ และ 6.45, $p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก (Cohen's d = 0.91 และ 0.99) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซีสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.12$ และ 6.90, $p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงมาก (Cohen's d = 0.89 และ 0.75) สรุปผลได้ว่าโปรแกรม ที่ได้รับช่วยปรับปรุงการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยากับค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) (n=60)

ตัวแปร	การรับรู้การใช้ยา	พฤติกรรมการใช้ยา	ค่าความดันโลหิต
การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	1	0.68**	-0.52**
พฤติกรรมการใช้ยา	0.68**	1	-0.55**
ค่าความดันโลหิต	-0.52**	-0.55**	1

**$p < .01$

จากตารางที่ 3 จากตารางพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.68$, $p < .01$) แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงจะมีพฤติกรรมการใช้ยา ที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.52$ และ -0.55 ตามลำดับ, $p < .01$) แสดงว่าการรับรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง ซึ่งบ่งชี้ว่าการรับรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นสามารถช่วยในการควบคุมค่าความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนน การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 79.58 (SD = 12.80) เป็น 89.60 (SD = 10.20) ($t(29) = 2.95$, $p < .01$) และพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 76.03 (SD = 11.30) เป็น 88.20 (SD = 11.50) ($t(29) = 3.20$, $p < .01$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมาก (Cohen's d = 0.86–1.06) ขณะเดียวกันค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 146.70 เป็น 133.50 มม.ปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 89.02 เป็น 81.95 มม.ปรอท สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเพิ่มขึ้น จะช่วยลดอุปสรรคในการปฏิบัติและส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t(58) = 5.92$, $p < .01$; Cohen's d = 0.91) ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่าการเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง

ของโรคและความเสี่ยงช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โปรแกรมที่เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคและเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันช่วยให้ผู้เข้าร่วม ตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองได้ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong, Mercer & Lam [16] และ Lee et al. [8] ที่พบว่าการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างสามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิผล รวมทั้งสอดคล้องกับ Kim et al. [17] และ Zhang et al. [18] ที่รายงานว่าการให้ความรู้สามารถเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม แตกต่างจากการศึกษาของ Al-Noumani et al.[10] ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของรูปแบบโปรแกรม โดยการศึกษาครั้งนี้เน้นการมีส่วนร่วมและการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ในด้านพฤติกรรมการใช้ยา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t(58) = 6.45$, $p < .01$; Cohen's $d = 0.99$) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผน การรักษา โปรแกรมที่ออกแบบให้ลดอุปสรรคในการใช้ยา เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การให้คำแนะนำรายบุคคล และการเชื่อมโยงกับกิจวัตรประจำวัน อาจเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Ruppar et al.[19] และ Abegaz et al.[20] ที่พบว่าการให้ความรู้ร่วมกับ การสนับสนุนด้านพฤติกรรมสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม Marcum et al.[21] รายงานว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีหลายโรคร่วม

สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 146.70 เป็น 133.50 มม.ปรอท ($t(58) = 4.12$, $p = .001$; Cohen's $d = 0.89$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 89.02 เป็น 81.95 มม.ปรอท ($t(58) = 6.90$, $p = .001$; Cohen's $d = 0.75$) ซึ่งสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Burnier & Egan[3] และ Liu et al.[22] ที่รายงานว่าการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น แม้ว่าบางการศึกษา เช่น Bosworth et al. (2018)[23] จะพบว่าการลดความดันโลหิตอาจไม่เกิดขึ้นทันทีหลังการให้ความรู้ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับระยะเวลาการติดตามผลและความต่อเนื่องของพฤติกรรมการใช้ยา

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การใช้ยา ($r = .68$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าความดันโลหิต ($r = -.52$, $p < .01$) ขณะที่พฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าความดันโลหิต ($r = -.55$, $p < .01$) ผลดังกล่าวสนับสนุนกรอบแนวคิด Health Belief Model ที่อธิบายว่าการรับรู้ที่เหมาะสมจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongpakaran et al.[24] ที่รายงานว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ

โดยสรุป โปรแกรมตามแนวคิด Health Belief Model สามารถส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิ โดยพยาบาลสามารถมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและสนับสนุนการดูแลแบบเฉพาะบุคคล เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพยาบาลและบริการปฐมภูมิ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน

การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ โดยพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้รายบุคคลหรือรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพสามารถนำโปรแกรมไปพัฒนาเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น คลินิกความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และ ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ

3. ด้านการพัฒนาบุคลากร สามารถใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำแนะนำด้านการใช้ยาและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

4. ด้านการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยขยายระยะเวลาติดตามผล และพัฒนาโปรแกรมร่วมกับเทคโนโลยีหรือการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) และไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้

2. กลุ่มตัวอย่างมาจากพื้นที่เดียว ทำให้การอ้างอิงไปยังประชากรอื่นมีข้อจำกัด

3. การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาใช้แบบสอบถาม อาจเกิดอคติจากการตอบของกลุ่มตัวอย่าง

4. ระยะเวลาติดตามผลค่อนข้างสั้น (ประมาณ 16 สัปดาห์) จึงอาจยังไม่สะท้อนผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ

2. บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ

3. ควรบูรณาการโปรแกรมเข้าสู่ระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลการคงอยู่ของพฤติกรรม

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไป

3. ควรใช้การวิเคราะห์ขั้นสูง เช่น ANCOVA หรือ repeated measures เพื่อควบคุมตัวแปรกวน

4. ควรศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมเพิ่มเติม เช่น social support ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Hypertension. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. Aekplakorn W, Puckcharern H, Thaikla K, Satheannoppakao W, Vathesatogkit P.(2021). Thai National Health Examination Survey VI. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021.
3. Burnier, M., & Egan, B. M.(2019). Adherence in hypertension. Circulation Research. (2019). *124*(7), 1124–1140. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี.(2567). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสิงห์บุรี. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี.
5. ศูนย์วิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.(2563). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563. Available from: https://www.dms.go.th
6. Becker, M. H.(1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2, 324–473.

7. Rosenstock, I. M.(1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. 1974;*2*(4), 328–335.
8. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ.(2006). Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: A randomized controlled trial. JAMA. 2006;*296*(21):2563-2571.
9. Tam, H. L., Wong, E. M. L., & Cheung, K.(2020). Effectiveness of educational interventions on adherence to lifestyle modifications among hypertensive patients. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;*17*(7), 2513.
10. Al-Noumani SM, Al-Harrasi M, Jose J, Al-Naamani Z, Panchatcharam SM.(2020). Educational interventions to improve medication adherence in patients with chronic diseases. J Nurs Educ Pract. 2020;*10*(3):45-53. DOI: 10.5430/jnep.v10n3p45
11. Islam, M. T., Arafat, S. M., Chowdhury, A., Orchi, K., Sultana, S., Bushra, T., Islam, M. R., Fatema, K., Khan, M. M. H., & Haque, M. A.(2025). Role of the Health Belief Model in the management of hypertension: A systematic review. Cureus. 2025;*17*(10), e94139. https://doi.org/10.7759/cureus.94139
12. Bandura A.(1997). *Self-efficacy:* The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
13. Rimer BK, Glanz K.(2005). Theory at a glance: A guide for health promotion practice. 2nd ed. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2005. Available from: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/theories_project/theory.pdf
14. Thyer BA.(2020). The handbook of social work research methods. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2020. doi:10.4135/9781544364902.
15. Best JW, Kahn JV.(2017). Research in education. 10th ed. Boston: Pearson Education; 2017.
16. Wong MCS, Mercer S, Lam AT, et al.(2020). The effectiveness of health education programs for hypertension control: A systematic review. BMC Public Health. 2020;20:456. doi:10.1186/s12889-020-08628-5.
17. Kim SJ, Shin J, Park JB, Kim KI.(2018). Medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients. Hypertension Res. 2018;41(4):268-275.
18. Zhang Y, Li X, Wang Z, Chen H.(2021). Educational intervention for hypertension management: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud**.** 2021;118:103913.
19. Ruppar TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM.(2019). Medication adherence interventions improve heart disease mortality and readmission rates: Systematic review and meta-analysis. Drugs Aging. 2019;36(3):213-223. doi:10.1007/s40266-018-00607-4.
20. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA.(2017). Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017;96(4):e5641. doi:10.1097/MD.0000000000005641.
21. Marcum ZA, Sevick MA, Handler SM.(2017). Medication nonadherence: A diagnosable and treatable medical condition. Drugs Aging. 2017;34(3):191-201.
22. Liu X, Zhang Y, Fang S, Zhang J, Wang Y, Zhang Y.(2021). Medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients. J Clin Hypertens (Greenwich). 2021;23(2):321–329. doi:10.1111/jch.14188.
23. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al.(2011). Medication adherence: A call for action. Am Heart J. 2011;162(3):412–424. doi:10.1016/j.ahj.2011.06.007.
24. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Sirirak T.(2021). Illness perception and health behaviors among patients with chronic diseases. J Health Res. 2022;36(2):215-224. doi:10.1108/JHR-05-2021-0273., 118, 103913.

การยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน : จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อโดยเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

Strengthening Community-Based Tuberculosis Management : From Active Case Finding to Seamless Referral Systems by Health Networks.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

บุษบา บัวผัน[1] วิลาวัลย์ ปากวิเศษ[1] อมรพรรณ ทับทิมดี[2]
Budbaba Buapan[1] Wilawan Pakwiset[1] Amornphan Thubthidee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พัฒนารูปแบบ และประเมินรูปแบบการยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน ดำเนินการศึกษาในกลุ่มเสี่ยง 442 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม และแบบบันทึกกิจกรรม การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Z-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย:1) สภาพปัญหาและความต้องการพบข้อจำกัดอย่างมีนัยสำคัญในระบบบริการแบบตั้งรับและการขาดแคลนรังสีแพทย์ ซึ่งส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก 2) องค์ประกอบของรูปแบบการยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชนประกอบด้วย (1) การวางแผนเชิงรุก (2) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (3) การคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ (4) การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และ (5) การเชื่อมต่อระบบการรักษาแบบไร้รอยต่อ และ 3) ผลลัพธ์เชิงปริมาณพบว่า หลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สัดส่วนการเข้าถึงการคัดกรองในปีงบประมาณ พ.ศ.2568-2569 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = 260.50$, $p < .001$) โดยจากกลุ่มเสี่ยง 52,199 ราย สามารถเข้าถึงการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกได้ถึง 50,676 ราย (ร้อยละ 97.08) ในจำนวนนี้ค้นพบผู้ป่วยวัณโรคและนำเข้าสู่ระบบการรักษาได้รวม 170 ราย คิดเป็นอัตราผลตอบแทนการคัดกรอง (Diagnostic Yield) ร้อยละ 0.33 และผลการประเมินมาตรฐานรูปแบบฯ และประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: วัณโรค, การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก, การเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่

Abstract

This action aesearch aimed to investigate situational needs, develop a management model, and evaluate the effectiveness of an enhanced community-based tuberculosis (TB) program. Sample size were 442 target participants. Data were collected using knowledge tests, questionnaires, and research activity logs between March 2025 and March 2026. Statistical analyses were performed using descriptive statistics, Z-test, and content analysis.

The results revealed: 1) Situational Analysis: Significant barriers were identified within the passive case-finding system and the shortage of radiologists. These factors contributed to diagnostic delays and increased transmission risks among hard-to-reach populations. 2) Model Components: The developed management model consists of five core components: (1) Proactive Planning, (2) Community Engagement, (3) Mobile Chest X-ray (CXR) Screening, (4) Laboratory Diagnosis, and (5) Seamless Continuum of Care and Treatment. 3) Quantitative Outcomes: Post-implementation, the target group demonstrated significantly improved TB knowledge and preventive behaviors. The screening access rate during the 2025–2026 fiscal years increased significantly ($Z = 260.50$, $p < .001$), with 50,676 individuals (97.08% of the high-risk group) successfully undergoing chest X-rays. The model identified and enrolled 170 new TB cases into the treatment system, representing a diagnostic yield of 0.33%. Furthermore, the overall standards and efficiency of the model were rated at a high level.

Keywords: Tuberculosis, Proactive Case Finding, Mobile Chest X-ray, Diagnostic Yield.

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
[2] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) ยังคงเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ท้าทายระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะกำหนด "ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค" (End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์ให้ต่ำกว่า 10 ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ.2578[1] สำหรับประเทศไทยพบว่า สถานการณ์ในปี พ.ศ.2567-2568 ยังคงมีความรุนแรง โดยพบผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำสูงกว่า 111,000 - 113,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตกว่า 13,000 ราย ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงติดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระโรควัณโรคสูง (High Burden Countries)[2] ในระดับส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6,514 รายในปี พ.ศ.2565 เป็น 7,313 รายในปี พ.ศ.2566 และยังคงทรงตัวในระดับสูงในปี พ.ศ.2567-2568[3] ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการยกระดับระบบการคัดกรองและรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เช่นเดียวกับสถานการณ์ในจังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2566-2567) พบว่า แม้ว่าจังหวัดร้อยเอ็ดจะสามารถเพิ่มความครอบคลุมในการขึ้นทะเบียนรักษา (TB treatment coverage) ได้สูงถึงร้อยละ 86-90 แต่ตัวชี้วัดที่เป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรค คือ "อัตราความสำเร็จการรักษา" (success rate) กลับมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 88.76 ในปี พ.ศ.2566 เหลือเพียงร้อยละ 82.78 ในปี พ.ศ.2567 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 88.00[4] นอกจากนั้นยังพบว่า สภาพปัญหาที่วิกฤต คือ อัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (ร้อยละ 7.28 - 9.26) ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่สำคัญในด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม (co-morbidities) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นปัจจัยพยากรณ์สำคัญต่อการเสียชีวิต[5] รวมถึงช่องว่างในการเข้าถึงเทคโนโลยีการคัดกรองและการวินิจฉัยขั้นสูง เช่น mobile screening unit และเครื่องตรวจอณูชีววิทยา (molecular techniques) ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่[4]

อย่างไรก็ตามแม้ว่าอุบัติการณ์โดยรวมของโรคจะมีแนวโน้มลดลง แต่พื้นที่ชนบทห่างไกลก็ยังคงเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ที่เผชิญกับอุปสรรคในการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ล่าช้า ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนยาวนานขึ้น[6] เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ด การกระจายตัวของประชากรในพื้นที่ห่างไกลมักสัมพันธ์กับข้อจำกัดในการเดินทางและโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่ไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยในพื้นที่เหล่านี้มีโอกาสเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น เครื่อง GeneXpert ได้น้อยกว่าประชากรในเขตเมือง[7, 8] ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อุปสรรคสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ชนบทคือ "ช่องว่างด้านภูมิศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพ" (geographical & behavioral gap) โดยระบบการคัดกรองแบบตั้งรับ (passive case finding) ไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เนื่องจากผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางสูง[9] เมื่อวิเคราะห์ด้วยเทคนิค 5 Whys เพื่อหาต้นตอของปัญหา (root cause) พบว่า "อาการ" ที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบล่าช้าไม่ได้เกิดจากระยะทางเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจาก "ต้นตอ" คือ การขาดระบบเฝ้าระวังในระดับหมู่บ้านที่ไวพอ และทัศนคติเชิงลบ (stigma) ต่อโรควัณโรคในสังคมชนบทที่ทำให้ผู้ป่วยปกปิดอาการ[10] แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะเฉพาะทางและรูปแบบการทำงานเชิงรุกที่เป็นระบบในการคัดกรองเบื้องต้นและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในบริบทเฉพาะของพื้นที่ห่างไกล[11]

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการคัดกรองเชิงรุก (active case finding) โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชนในระดับ

ตำบลและหมู่บ้าน เพื่อทำหน้าที่เป็น "ด่านหน้า" ในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่ชนบทร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้ mobile screening unit ณ จุดบริการ และเชื่อมโยงสู่การตรวจอณูชีววิทยา (molecular techniques) อย่างทันท่วงที โดยงานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อออกแบบกลไกการคัดกรองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภูมิศาสตร์ของพื้นที่ห่างไกล โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ (case detection rate) และลดระยะเวลาการเข้าสู่ระบบการรักษาให้น้อยลง ซึ่งถือเป็นคุณูปการเชิงปฏิบัติ (practical implication) ในการสร้างความเท่าเทียมด้านสุขภาพและเสนอตัวอย่างความสำเร็จของการจัดการโรคระบาดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ทุรกันดารอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ พัฒนารูปแบบและประเมินรูปแบบการยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน : จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อโดยเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (เดือนมีนาคม – เมษายน 2568) ดังนี้

แหล่งข้อมูล เป็นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารสาธารณสุขระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสารข้อมูลพื้นฐาน และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดย 1) ศึกษาเอกสารหลักการ แนวคิด ทฤษฎีในการสร้างแบบวิเคราะห์เอกสารข้อมูลพื้นฐาน แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม 2) กำหนดจุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับข้อมูลเชิงนโยบายและหลักการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 3) สร้างแบบเคราะห์เอกสารข้อมูลพื้นฐาน โดยกำหนดประเด็นการวิเคราะห์เอกสาร 4) นำแบบวิเคราะห์เอกสารข้อมูลพื้นฐาน และร่างประเด็นการสนทนากลุ่มที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย 5 คน พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00 และ 5) จัดพิมพ์เป็นประเด็นการสนทนากลุ่มฉบับสมบูรณ์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Procedure) ขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (documentary review) ผู้วิจัยทำการรวบรวมเอกสารเชิงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ/เขตสุขภาพ และรายงานผลการดำเนินงานย้อนหลัง (เช่น อัตราความสำเร็จในการรักษา อัตราการสูญหาย) โดยใช้แบบวิเคราะห์เอกสารที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว บันทึกข้อมูลตามประเด็นที่กำหนด (policy, man, money, material, management) เพื่อดูช่องว่าง (gap) ของการทำงานที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การเตรียมการโดยการประสานงานนัดหมายผู้บริหารสาธารณสุขระดับเขตและจังหวัดทั้ง 5 ท่าน โดยส่งหนังสือเชิญและประเด็นคำถามล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ การพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตบันทึกเสียง/จดบันทึก โดยเน้นย้ำเรื่องการรักษาความลับของข้อมูล (informed consent) การดำเนินการ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำสนทนา (Moderator) ตามแนวคำถามที่สร้างไว้ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และโอกาสในการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที และการตรวจสอบความถูกต้องหลังจบการสนทนา สรุป

ประเด็นสำคัญและทวนสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าตรงตามเจตนารมณ์ (member checking)

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) เนื่องจากขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์เชิงคุณภาพ (qualitative analysis) วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงและจดบันทึกมาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดกลุ่มประเด็น (thematic analysis) ตามโครงสร้างที่วางไว้ เช่น บริบทของพื้นที่, อุปสรรคเชิงระบบ, และแนวทางการนวัตกรรม และการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (document analysis)โดยใช้การสังเคราะห์ข้อมูล (synthesis) เพื่อสรุปสถานการณ์และตัวเลขสถิติที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคในพื้นที่ แล้วตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation)โดยการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จาก "เอกสาร" เปรียบเทียบกับ "ความเห็นของผู้บริหาร" เพื่อให้ได้ข้อสรุปสถานการณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติในพื้นที่ ในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นย่อย คือ

ขั้นที่ 1 พัฒนาร่างรูปแบบฯ (เดือนพฤษภาคม –มิถุนายน 2568)

แหล่งข้อมูล กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจรูปแบบฯ 9 ท่าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีประสบการณ์ด้านประเมินคุณภาพงานวัณโรคอย่างน้อย 2 ปี และ2) ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดไม่น้อยกว่า 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ตารางวิเคราะห์ และสังเคราะห์เนื้อหา 2) ร่างรูปแบบฯ และคู่มือการใช้การเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และ 3) แบบประเมินมาตรฐานด้านความเป็นไปได้และมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดย 1) ร่างรูปแบบฯ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการ การวัดและประเมินผล และเงื่อนไขการนำไปใช้ 2) สร้างแบบประเมินร่างรูปแบบฯ ตามแบบมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher[12] เพื่อประเมินคุณภาพเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ด้าน ด้านละ 10 ข้อ ได้แก่ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้และมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ จำนวน 20 ข้อ 3) นำแบบประเมินร่างรูปแบบฯที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item - objective congruence: IOC พบว่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในช่วง 0.80 - 1.00 และ 4) ปรับปรุงแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับจริงเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ โดย 1) พัฒนาร่างรูปแบบฯ โดยนำข้อมูลที่เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการสังเคราะห์ร่างรูปแบบฯ 2) พัฒนาคู่มือการใช้การยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน และ 3) ตรวจสอบคุณภาพเพื่อยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสารตำราและวารสารที่เกี่ยวข้องโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้องค์ประกอบ และขั้นตอนของรูปแบบฯ และ 2) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินมาตรฐานด้านความเป็นไปได้และมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน โดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

ขั้นที่ 2 การนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ในพื้นที่ (เดือนกรกฎาคม 2568-มกราคม 2569)

แหล่งข้อมูล กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเสี่ยงจากอำเภอนำร่องทั้งหมด 8 อำเภอ จำนวน 52,199 คน ที่ได้มาจากการสมัครใจเข้าร่วมการตรวจคัดกรองและกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวัดความรู้และประเมิน

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค จำนวน 442 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane[13] ซึ่งเหมาะสมกว่าสำหรับงานด้านระบาดวิทยาและพยาบาลศาสตร์ เนื่องจากมีการพิจารณาค่าความเชื่อมั่น (Z-score) และ ความชุก/สัดส่วนของเหตุการณ์ (expected proportion) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงสำหรับทำแบบทดสอบและสอบถามพฤติกรรมการป้องวัณโรคในชุมชนอย่างน้อย 442 คน แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัดส่วนของประชากรในอำเภอนำร่อง (proportion stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ 1) รูปแบบฯ และ 2) แผนควบคุม กำกับ และติดตามรูปแบบฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค (ก่อนการพัฒนา/หลังการพัฒนา) และ2) แบบบันทึกผลการดำเนินงาน

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค (ก่อนการพัฒนา/หลังการพัฒนา) ใช้แบบทดสอบและแบบสอบถามของวิโรจน์ เซมรัมย์[14] มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.39-0.90 และค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.38-0.68 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.42-0.75

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ (1) การวิเคราะห์เป้าหมาย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP เพื่อระบุและวางแผน (targeting) พิกัดกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk groups)& mapping) และประสานแผนการใช้รถ X-ray เคลื่อนที่ร่วมกับแผนงบประมาณปี พ.ศ.2568 (2)การเตรียมชุมชน อบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านวัณโรคเพื่อและคัดกรองเบื้องต้นด้วยวาจา(community engagement) ประชาสัมพันธ์ และนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย (ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) (3)การคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ปอด หรือ Chest X-ray: CXR โดยให้บริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยรถเคลื่อนที่และจัดนิทรรศการเพื่อให้คนเดินชมได้ โดยแบ่งเป็น 3 โซนหลัก (4) การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ (molecular diagnostics) โดยผู้ที่มีผลผิดปกติหรือมีอาการสงสัยให้ส่งตรวจเสมหะด้วยวิธี molecular techniques (เช่น GeneXpert) ทันทีและประสานส่งตรวจความไวต่อยา (universal DST) ในรายที่ตรวจพบเชื้อ และ (5) การเข้าสู่ระบบการรักษา และติดตามผล โดยขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยรายใหม่ผ่านระบบฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติแบบออนไลน์ (NTIP; national tuberculosis In formation program) เพื่อบันทึกข้อมูลการคัดกรองวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา รวมถึงติดตามผู้สัมผัสโรค ช่วยให้บริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง หรือใช้เทคโนโลยี digital DOT หรือ line OA ในการกำกับติดตามการกินยาเพื่อลดอัตราการขาดยา และติดตามเพื่อประเมินหลังความรู้และพฤติกรรม หลังการตรวจคัดกรอง 1 เดือน เพื่อดูความถูกต้องของการปฏิบัติและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ สถิติทดสอบ Paired t-test และ 2) แบบบันทึกผลการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบคะแนนสัดส่วนโดยใช้สถิติทดสอบ Z-test

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลรูปแบบฯ (เดือนกุมภาพันธ์–มีนาคม 2569)

แหล่งข้อมูล จำแนกเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด และอำเภอ 15 คน และ 2) กลุ่มเสี่ยง 442 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวคำถามสำหรับการสนทากลุ่ม 2)

แบบมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher[12] และ 3) แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย มีขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดนิยามเชิงทฤษฎีและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการศึกษา 2) ระบุองค์ประกอบ (Components) และตัวชี้วัดย่อย (Indicators) โดยผู้วิจัยได้แยกตัวแปรหลักออกเป็นองค์ประกอบย่อยจากกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อให้การวัดครอบคลุมมิติของตัวแปร แล้วสร้างข้อคำถามตามตัวแปรที่กำหนดไว้ และ 3) นำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า แนวคำถามสำหรับการสนทากลุ่ม แบบมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher[12] จำนวน 2 ด้าน คือ มาตรฐานด้านความเหมาะสม และมาตรฐานด้านความถูกต้อง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาตั้งแต่ 0.80-1.00 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.862 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย (1) การดำเนินการขั้นตอนตามสนทนากลุ่มของผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ 15 คน โดยการเตรียมการ (preparation) ผู้วิจัยส่งหนังสือเชิญพร้อมโครงร่างและประเด็นสนทนา (discussion guide) ให้ผู้บริหารล่วงหน้า 2 สัปดาห์ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตกผลึกเชิงนโยบาย กระบวนการสนทนา (FGD process) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม (informed consent) พร้อมบันทึกเสียงและวิดีโอ ใช้เทคนิค semi-structured Interview โดยเน้นประเด็น ความเป็นไปได้เชิงระบบ (feasibility), การบริหารจัดการทรัพยากร (resources) และการเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับระบบรายงานมาตรฐาน และการตรวจสอบข้อมูล (data validation) ใช้การสรุปประเด็นสำคัญหน้างานและให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (member checking) ก่อนจบการสนทนา (2) ประเมินรูปแบบฯ โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน 2 ด้าน คือ มาตรฐานด้านความเหมาะสม และมาตรฐานด้านความถูกต้อง โดยผู้วิจัยส่งแบบประเมินผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอแต่ละท่านได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงวิพากษ์ได้อย่างเป็นอิสระและส่งกลับภายใน 3 วัน และ (3) เก็บข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงหลังการพัฒนา 1 เดือน กลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่ได้รับบริการผ่านโมเดลใหม่ ระยะเวลาเก็บข้อมูลดำเนินการหลังจากการนำรูปแบบการยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชนไปทดลองใช้ (Pilot Implementation) ครบ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) แบบมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher[2] วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำแปลผลความเหมาะสม/ความถูกต้อง 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ และร้อยละ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 4) การวิเคราะห์เชิงเนื้อ (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใบรับรองเลขที่ COE1862567 วันที่ 27 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 และ COE0822568 วันที่ 26 เดือนธันวาคม พ.ศ.2568

ผลการดำเนินงาน

1.สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ พบว่า แม้ว่ายุทธศาสตร์การยุติวัณโรคจะให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว แต่ในทางปฏิบัติกลับพบ "ช่องว่างเชิงระบบด้านการเข้าถึงการวินิจฉัย" (diagnostic access gap) ที่มีนัยสำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก (hard-to-reach populations) อาทิ ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

ระบบบริการแบบตั้งรับ (passive case finding) ภายในสถานพยาบาลแบบเดิมนั้นมีข้อจำกัดชัดเจนในการครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้ ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความล่าช้าในขั้นตอนการวินิจฉัยนี้ไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาช้าลง แต่ยังเพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนในวงกว้าง (community transmission) ซึ่งวิธีการคัดกรองแบบเดิมที่พึ่งพาเพียงการซักประวัติอาการนั้น ขาดความไว (sensitivity) ที่เพียงพอในการตรวจจับโรคในระยะแรกเริ่ม ด้วยเหตุนี้ จึงเกิด "ช่องว่างทางนวัตกรรมบริการ" (service Innovation gap) ในการบูรณาการเทคโนโลยีขั้นสูงเข้าสู่ระดับชุมชน การเปลี่ยนผ่านสู่รูปแบบ "การคัดกรองแบบเคลื่อนที่" จึงเป็นประเด็นท้าทายที่ต้องเร่งศึกษาความสามารถในการวิเคราะห์ผลทางรังสีวิทยาด้วยความแม่นยำสูงและรายงานผลได้ทันที ณ จุดบริการ (point-of-care) เมื่อนำมาประสานรวมกับการตรวจอณูชีววิทยา (molecular techniques) ภายใต้โมเดลบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one-stop service) จะเป็นกลไกสำคัญในการตัดวงจรการระบาดได้ ดังนั้น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการเชิงรุก จึงมิใช่เพียงการมุ่งเน้นความล้ำสมัยของเทคโนโลยี แต่เป็นการตอบโจทย์เชิงยุทธศาสตร์เพื่อปิดช่องว่างความเหลื่อมล้ำและยกระดับประสิทธิภาพการควบคุมวัณโรคให้บรรลุเป้าหมายการยุติวัณโรคได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

2. รูปแบบการยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน หรือ SMART-TB scan model ประกอบด้วย 5 ขั้น คือ (1) การวางแผนเชิงรุก (2) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (3) การคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ (4) การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และ (5) การเชื่อมต่อระบบการรักษาแบบไร้รอยต่อ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบฯ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน เพื่อประเมินร่างรูปแบบฯ ตามกรอบมาตรฐานของ McMillan and Schumacher จำนวน 2 ด้าน พบว่า โดยรวมร่างรูปแบบฯมีมาตรฐานด้านความเป็นไปได้และมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับ "มาก" โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.36 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.02

3. ผลประเมินรูปแบบการยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน พบว่า

1) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เคลื่อนที่ (n = 442) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (58.60%) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 47.26 ปี (SD. = 13.44) สถานภาพสมรส (59.70%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (44.10%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนที่ 11,924 บาท (SD. = 7,086.28) โดยอาชีพหลักคือเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ซึ่งคิดเป็น 40.50% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2) การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง (n = 442) พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงขึ้นจาก 11.07 ± 4.18 เป็น 16.09 ± 3.92 โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่างกันเท่ากับ 5.016 (SE=0.26,95%CI:4 4.497 ถึง 5.534) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.81 ± 0.38 ในระยะก่อนพัฒนา เป็น 1.63±0.38 ในระยะหลังพัฒนา (Mean diff. = 0.817, SE = 0.02, 95%CI : 0.767 ถึง 0.866) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคก่อนและหลังการพัฒนา (n = 442)

ตัวแปร	mean± SD	Mean differences(SE)	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค				
ก่อนการพัฒนา	11.07±4.18	5.016(0.26)	4.497, 5.534	<0.001
หลังการพัฒนา	16.09±3.92			
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค				
มาตรการควบคุมทางสุขอนามัยส่วนบุคคล				
ก่อนการพัฒนา	0.80±0.41	0.768(0.03)	0.709, 0.827	<0.001
หลังการพัฒนา	1.57±0.52			
มาตรการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัย				
ก่อนการพัฒนา	0.84±0.43	0.739(0.03)	0.679, 0.799	<0.001
หลังการพัฒนา	1.58±0.46			
มาตรการทางสังคมและการลดความเสี่ยงในชุมชน				
ก่อนการพัฒนา	0.81±0.45	0.794(0.03)	0.732, 0.856	<0.001
หลังการพัฒนา	1.61±0.48			
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและความรับผิดชอบต่อการรักษา				
ก่อนการพัฒนา	0.77±0.62	0.793(0.03)	0.718, 0.869	<0.001
หลังการพัฒนา	1.57±0.53			
โดยรวม				
ก่อนการพัฒนา	0.81±0.38	0.817(0.02)	0.767, 0.866	<0.001
หลังการพัฒนา	1.63±0.38			

3) ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองแบบ Verbal Screening ในกลุ่มเสี่ยงของอำเภอนำร่อง 8 แห่ง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2567 และ พ.ศ.2568-2569 พบว่า ภาพรวมของสัดส่วนการคัดกรองในปีงบประมาณ พ.ศ.2568-2569 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 260.50.p < .001, 95%CI : 0.798 ถึง 0.806) เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามรายพื้นที่พบว่า ทุกอำเภอนำร่องมีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดย อำเภอเมือง มีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นสูงสุดอย่างก้าวกระโดด จาก 1,673 รายในปี พ.ศ. 2567 เป็น 16,399 รายในปี พ.ศ. 2568 (Z = 151.79) รองลงมาคือ อำเภอเสลภูมิ ที่เพิ่มขึ้นจาก 1,054 ราย เป็น 9,298 ราย (Z = 113.83) นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงรุกในปี พ.ศ. 2568-2569 ทำให้หลายพื้นที่สามารถบรรลุผลงานได้ใกล้เคียงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเฉพาะอำเภอโพธิ์ชัย (ผลงาน 2,806 ราย จากเป้าหมาย 2,810 ราย) และอำเภอพนมไพร (ผลงาน 3,416 ราย จากเป้าหมาย 3,455 ราย) ซึ่งค่าช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) แคบในทุกพื้นที่ยืนยันถึงความแม่นยำและความสม่ำเสมอของมาตรการคัดกรองที่ถูกนำไปใช้ขยายผลในระดับประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนการตรวจคัดกรองแบบ Verbal screening ของกลุ่มเสี่ยงระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2567 กับปีงบประมาณ พ.ศ.2568-2569

อำเภอนำร่อง	ผลการดำเนินงาน						
	ปี พ.ศ.2567		ปี พ.ศ.2568-2569		Z	95%CI	p
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน			
อำเภอเมือง	13,856	1,673	16,772	16,399	151.79	0.851, 0.863	<0.001
อำเภอเกษตรวิสัย	5,770	1,313	5,164	5,052	79.46	0.731, 0.762	<0.001
อำเภอปทุมรัตต์	3,748	599	4,379	3,802	63.89	0.692, 0.723	<0.001
อำเภอธวัชบุรี	4,476	103	3,296	3,081	80.78	0.920, 0.921	<0.001
อำเภอพนมไพร	4,305	794	3,455	3,416	70.68	0.792, 0.816	<0.001
อำเภอโพนทอง	7,571	2,508	6,994	6,846	77.54	0.596, 0.619	<0.001
อำเภอโพธิ์ชัย	3,468	523	2,810	2,806	66.92	0.835, 0.859	<0.001
อำเภอเสลภูมิ	7,580	1,054	9,329	9,298	113.83	0.849, 0.865	<0.001
รวม	50,774	8,567	52,199	55,023	260.50	0.798, 0.806	<0.001

4) ผลการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในชุมชน (Active Case Finding: ACF) ผ่านระบบคัดกรองเคลื่อนที่ในกลุ่มเป้าหมาย 8 อำเภอนำร่อง จำนวนทั้งสิ้น 52,199 ราย พบว่า ระบบสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ได้สูงถึง 50,676 ราย คิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ 97.08 จากการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับ AI พบผู้ที่มีความผิดปกติเข้าข่ายสงสัยวัณโรค (CXR สงสัยเข้า TB) จำนวน 686 ราย (ร้อยละ 1.31) ซึ่งนำไปสู่กระบวนการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ โดยมีการเก็บเก็มหะ (Sputum) 422 ราย พบผลเสมหะพบเชื้อ (AFB Positive) 50 ราย และมีการส่งตรวจด้วยวิธีอณูชีววิทยา (GeneXpert MTB/RIF) 144 ราย พบผลยืนยันสายพันธุ์เชื้อวัณโรค (GeneXpert MTB) 51 ราย ส่งผลให้ในภาพรวมโครงการนี้สามารถค้นพบและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา (TB B^+B^-) ได้ทั้งสิ้น 170 รายหรือคิดเป็นอัตราผลตอบแทนการคัดกรอง (Diagnostic Yield) ที่ร้อยละ 0.33 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

เมื่อวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบในระดับพื้นที่พบความแตกต่างทางระบาดวิทยาและประสิทธิภาพการจัดการที่น่าสนใจโดยพื้นที่อำเภอโพนทองมีอัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคสูงที่สุดถึงร้อยละ 0.87 (61 ราย) ทั้งที่มีสัดส่วนผู้ป่วยสงสัยจาก CXR เพียงร้อยละ 0.99 สะท้อนถึงความแม่นยำสูงในกระบวนการส่งต่อและวินิจฉัยในทางตรงกันข้าม อำเภอปทุมรัตต์มีความครอบคลุมของการทำ CXR ต่ำที่สุด (ร้อยละ 86.82) แต่กลับพบสัดส่วนความผิดปกติทางรังสีที่เข้าข่ายวัณโรคสูงถึงร้อยละ 6.69 ชี้ให้เห็นถึงความเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง (Hotspot) ที่ต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ส่วนอำเภอเมืองร้อยเอ็ด แม้จะมีอัตราผลตอบแทนร้อยละ 0.27 แต่ด้วยขนาดประชากรที่ใหญ่ที่สุด ทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยใหม่เข้าสู่ระบบได้ถึง 46 ราย และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 9 ท่านให้การยอมรับในประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ดังกล่าว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.33 ± 0.42 ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

1.ผลการวิจัยในระยะแรกที่พบข้อจำกัดอย่างมีนัยสำคัญของ "ระบบบริการแบบตั้งรับ" (Passive Case Finding) และ "วิกฤตการขาดแคลนรังสีแพทย์" เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย (Diagnostic Delay) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคในระดับสากล โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีภาระ

โรคสูง (High-burden countries) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการเดิมไม่สามารถตอบสนองต่อกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Zhong et al.[15] ที่ระบุว่าในพื้นที่ห่างไกล การพึ่งพารังสีแพทย์เพียงอย่างเดียวในการคัดกรองวัณโรคเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Qin et al.[16] ซึ่งพบว่า การเปลี่ยนผ่านจากระบบตั้งรับมาเป็นการคัดกรองเชิงรุก (Active Case Finding: ACF) โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สามารถเพิ่มอัตราการตรวจพบผู้ป่วย (Case Notification Rate) ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับวิธีการมาตรฐานเดิม

นอกจากนี้การนำนวัตกรรมการคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ (mobile CXR unit) มาใช้ในงานวิจัยนี้ถือเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูง ดังผลการศึกษาของ Codlin et al.[17] ที่ยืนยันว่าการคัดกรองภาพรังสีทรวงอก,นประสิทธิภาพสูงกว่าหรือเทียบเท่ากับรังสีแพทย์ทั่วไป และสามารถลดภาระงานในระบบสาธารณสุขได้อย่างมหาศาล ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำของการได้รับบริการสุขภาพในบริบทของประเทศไทย การศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Pungrassami et al.[18] ที่เสนอว่าการบูรณาการนวัตกรรมเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ร่วมกับการตรวจอณูชีววิทยา (Molecular Diagnosis) ในระดับชุมชน ไม่เพียงแต่ช่วยค้นหาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น แต่ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายแฝงของผู้ป่วย (Patient cost) ในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มประชากรเปราะบางเข้าไม่ถึงการบริการ

2.ผลการศึกษาซึ่งพบว่า รูปแบบการยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผนเชิงรุกไปจนถึงการรักษาอย่างไร้รอยต่อ สะท้อนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการคัดกรองแบบแยกส่วน (Fragmented care) ไปสู่ "การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบบบูรณาการ" (Integrated Patient-Centered Care) โดยที่องค์ประกอบด้าน "การวางแผนเชิงรุกและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน" (ขั้นตอนที่ 1 และ 2) เป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายสูงถึงร้อยละ 97.08 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Choudhury et al.[19] ที่พบว่าในประเทศกลุ่มรายได้น้อยถึงปานกลาง การคัดกรองวัณโรคด้วยเทคโนโลยีจะล้มเหลว หากขาดกลไกทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการลดความหวาดกลัวและการตีตรา (Stigma) ของโรควัณโรค ทำให้กลุ่มเสี่ยงกล้าเข้ามารับบริการมากขึ้น ในด้านนวัตกรรม "การคัดกรองด้วย CXR และการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่แม่นยำ" (ขั้นตอนที่ 3 และ 4) ถือเป็นหัวใจสำคัญทางเทคนิคที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วย โดยงานวิจัยของ Qin et al. [16] ยืนยันว่าการใช้ enhanced mobile screening สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ในปริมาณมากด้วยความเร็วที่เหนือกว่าการอ่านโดยมนุษย์ถึง 3 เท่า โดยยังคงความไว (sensitivity) ในระดับสูง ซึ่งช่วยลดอัตราการหลุดรอด (missing cases) ของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ประเด็นนี้ได้รับการสนับสนุนโดยการศึกษาของ Banaei et al.[20] ซึ่งระบุว่าการเชื่อมต่อผลกับการตรวจอณูชีววิทยา (Molecular testing) ทันทีในภาคสนาม (point-of-care testing) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดเวลาการเริ่มต้นรักษา (time to treatment initiation)

นอกจากนี้องค์ประกอบด้าน "การเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างไร้รอยต่อ" (ขั้นตอนที่ 5) เป็นจุดแข็งที่ทำให้โมเดลนี้มีความสมบูรณ์ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ World Health Organization[21] และงานวิจัยของ Kasa et al.[22] ที่ชี้ว่าการคัดกรองจะไม่มีประโยชน์ หากผู้ป่วยที่ตรวจพบผลบวกไม่สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันที การเชื่อมต่อข้อมูลดิจิทัลจากรถคัดกรองไปยังสถานบริการสาธารณสุขในรูปแบบไร้รอยต่อ (seamless referral) จึงเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการที่ช่วยปิดช่องว่าง (linkage to care gap) และส่งผลโดยตรงต่อการบรรลุเป้าหมายการยุติวัณโรคในระดับพื้นที่

3.ผลการศึกษาเชิงปริมาณที่แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความสำเร็จของโมเดลในการสร้างเสริมศักยภาพของบุคคล (Individual Empowerment) ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน อย่างไรก็ตามจุดเด่นที่สำคัญที่สุดของงานวิจัยนี้คือการบรรลุอัตราการเข้าถึงการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (CXR) ได้สูงถึงร้อยละ 97.08 จากกลุ่มเป้าหมายกว่าห้าหมื่นราย ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงมากในบริบทของการคัดกรองเชิงรุก ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Qin et al.[16] ที่ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการเทคโนโลยี AI เข้ากับหน่วยคัดกรองเคลื่อนที่ (Mobile Units) สามารถทลายกำแพงด้านการเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรเปราะบาง และช่วยลดอัตราการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับระบบการส่งต่อแบบปกติในโรงพยาบาลในส่วนของผลลัพธ์การวินิจฉัย การพบค่าสถิติ $Z = 260.50$ ($p < .001$) ยืนยันถึงประสิทธิภาพของ SMART-TB Scan Model ในการเพิ่มสัดส่วนการคัดกรองในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568-2569 อย่างก้าวกระโดด ในทำนองเดียวกับสอดคล้องกับการศึกษาของ Codlin et al.[17] ในประเทศแถบเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่พบว่าการนำนวัตกรรมอ่านผลด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ (Computer-Aided Detection: CAD) มาใช้ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการคัดกรอง Mass Screening ได้ในระยะเวลาอันสั้นและมีความแม่นยำสูง ช่วยให้ระบบสาธารณสุขสามารถ "ค้นหาผู้ป่วยที่สาบสูญ" (Missing Millions) ได้รวดเร็วกว่าเดิมสำหรับอัตราผลตอบแทนการคัดกรอง (Diagnostic Yield) ที่ร้อยละ 0.33 แม้จะดูเป็นตัวเลขที่น้อยในเชิงปริมาณรวม แต่ในทางระบาดวิทยาถือเป็นค่า Yield ที่มีนัยสำคัญสูงสำหรับการคัดกรองในชุมชนทั่วไป (Community-based screening) โดยงานวิจัยของ Zhong et al.[15] ระบุว่าการคัดกรองเชิงรุกที่ให้ Yield ในระดับร้อยละ 0.2-0.5 ในพื้นที่ห่างไกล ถือเป็นความสำเร็จในการหยุดยั้งวงจรการแพร่กระจายเชื้อในระดับปฐมภูมิ และมีความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในระยะยาว เนื่องจากต้นทุนในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้าง นอกจากนี้การที่โมเดลสามารถนำผู้ป่วย 170 รายเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างครบถ้วน สอดคล้องกับแนวคิดของ Kasa et al.[22] ที่เน้นย้ำว่าประสิทธิภาพของการคัดกรองไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ที่ถูกตรวจพบเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเชื่อมโยงเข้าสู่การรักษา (Linkage to Care) ซึ่งการมีระบบติดตามผลอย่างไร้รอยต่อในขั้นตอนที่ 5 ของโมเดลนี้ คือปัจจัยชี้ขาดที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จในระดับสากล ส่งผลให้ผลงานวิจัยนี้เป็นตัวอย่างที่ดีในการนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาผสานเข้ากับการจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อเป้าหมายการยุติวัณโรคอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ระดับนโยบาย (Policy Implication) กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานระดับเขตสุขภาพควรพิจารณาบรรจุ "รูปแบบการคัดกรองด้วย AI-CXR เคลื่อนที่" เข้าเป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน หรือแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและขาดแคลนรังสีแพทย์ เพื่อลดช่องว่างการวินิจฉัย (Diagnostic Gap) และบรรลุเป้าหมายการยุติวัณโรคตามแนวทางสากล

2) การบูรณาการเทคโนโลยี (Digital Health Integration) ควรมีการเชื่อมต่อระบบ CXR เข้ากับฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น Personal Health Record - PHR) แบบ Real-time เพื่อให้ข้อมูลการคัดกรองสามารถติดตามผล (Follow-up) และส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างไร้รอยต่อตามองค์ประกอบที่ 5 ของโมเดล

3) การเสริมสร้างพลังชุมชน (community empowerment) จากอัตราการเข้าถึงที่สูงถึงร้อยละ 97.08 ชี้ให้เห็นว่า "การสร้างการมีส่วนร่วม" เป็นปัจจัยชี้ขาด ความสำเร็จนี้ควรถูกนำไปพัฒนาเป็น

คู่มือมาตรฐาน (standard operating procedure: SOP) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคอุบัติใหม่หรือโรคทางเดินหายใจอื่นๆ ในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การประเมินความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ (economic evaluation) ควรมีการวิจัยต่อยอดในเชิงต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis) ของรูปแบบการยกระดับการจัดการวัณโรคในชุมชน เมื่อเทียบกับการคัดกรองแบบเดิม เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเชิงงบประมาณระดับประเทศ

2) การศึกษาเชิงคุณภาพเชิงลึก (In-depth Qualitative Study) แม้ตัวเลขเชิงปริมาณจะดีมาก แต่ควรมีการศึกษาความพึงพอใจและประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient Experience) หรือการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model) ของเจ้าหน้าที่และคนในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจบริบททางสังคมที่อาจส่งผลต่อความยั่งยืนของโมเดล

3) การใช้เทคโนโลยี AI ขั้นสูง (Advanced AI Implementation) งานวิจัยครั้งต่อไปอาจพิจารณาการใช้ AI ที่สามารถคัดกรอง "โรคปอดอื่นๆ" (Multiple Pathology Detection) นอกเหนือจากวัณโรคในคราวเดียว เพื่อเพิ่มความคุ้มค่าของการออกหน่วยเคลื่อนที่ (Diagnostic Yield Enhancement)

4) การศึกษาเชิงเปรียบเทียบข้ามบริบท (Comparative Study) ควรนำ SMART-TB Scan Model ไปทดลองใช้ในบริบทที่ต่างออกไป เช่น พื้นที่เขตเมืองแออัด (Urban poor) หรือศูนย์พยพ เพื่อประเมินว่าปัจจัยเชิงพื้นที่ (Spatial factors) มีผลต่อประสิทธิภาพของโมเดลหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.

2.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: อักษร กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.

3.สมาน ฟูตระกูล. สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2564-2567. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2567.

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2567.

5. Nanzalila B, Chanda-Kapata P, Kapata N, Masiye F, Sinyange N, Musonda K, et al. Predictors of mortality among patients diagnosed with tuberculosis in Zambia: a retrospective cohort study. BMC Infect Dis. 2020;20(1):861.

6. Uplekar M, Weil D, Lonnroth K, Jaramillo E, Lienhardt C, Dias HM, et al. WHO'S End TB Strategy. Lancet. 2015;385(9979):1799-801.

7.กรมควบคุมโรค. แนวทางการบริหารจัดการแผนงานควบคุมวัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2566. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2566.

8. Frade, T. S., et al. Impact of molecular diagnosis on tuberculosis treatment. Journal of Health Sciences. 2020; 22(3):145-52.

9. Lönnroth, K., et al. (2013). Active case finding of tuberculosis: Historical, current and future perspectives. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.2013;17(2):146-58.

10. Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru EW, Ombwori OS, Kanari F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province, Kenya: a case control study. BMC Public Health. 2011;11:696

11.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การประเมินผลระบบอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล. นนทบุรี: โรงพิมพ์คุรุสภา; 2565.

12. McMillan JH, Schumacher S. Research in education: A conceptual introduction. 5th ed. New York: Longman; 2001.

13.Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.

14.วิโรจน์ เซมรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี;2566.

15.Zhong J, Wang Y, Lan L, et al. Cost-effectiveness of AI-based screening for tuberculosis in rural areas: A simulation-based study. JMIR Public Health Surveill. 2023;9:e43251.

16.Qin ZZ, Naheyan T, Rahman MS, et al. Evaluating the impact of a community-based artificial intelligence-assisted chest radiography screening program for tuberculosis in South Asia. Lancet Digit Health. 2021;3(10):e632-40.

17.Codlin AJ, Cassell K, Amanullah F, et al. The utility of artificial intelligence in accelerating tuberculosis case finding: A multi-site study in Pakistan and Vietnam. Sci Rep. 2020;10(1):12021.

18.Pungrassami P, Sornchai P, Luangniyomkul A, et al. Integration of mobile screening and molecular diagnosis for tuberculosis in high-risk populations: A Thai perspective. J Health Res. 2021;35(4):321-30.

19.Choudhury M, Khan MS, Shahab H, et al. Community-based active case finding for tuberculosis: A systematic review of barriers and facilitators in low-and middle-income countries. Global Health Action. 2022;15(1):2044315.

20.Banaei N, Sahoo MK, Kyaw NTT, et al. Integrating AI-CXR and rapid molecular diagnostics for community-based tuberculosis screening: A prospective evaluation. J Clin Microbiol. 2023;61(5):e01234-22.

21.World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.

22. Kasa AS, Haileamlak A, Kebede S. Closing the loop: Factors affecting linkage to care after community-based tuberculosis screening in high-burden settings. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):152.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

Effects of an Educational Program on Illness Perception and Emergency Symptom Management among Individuals at Risk for Stroke at Health-Promoting Hospital, Sing buri Province; Thailand.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

ขนิษฐา วงษ์สด[1] พัชรา สาดตระกูลวัฒนา[2] ผาสุก มั่นคง[2] วรรณา กุลหกูล[3]
Kanitta Wongsod[1] Patchara Sadtragoolwattana[2] Phasuk Mankhong[2] Wanna Kulhakul[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและ การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ดำเนินการศึกษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพกรวม จังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.85–0.89 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired t-test) และสถิติทีแบบกลุ่มอิสระ (independent t-test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย = 92.87, SD = 8.14 เทียบกับ 85.63, SD = 11.92; t(29) = 2.04, p < .05) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ย = 9.64, SD = 1.79 เทียบกับ 7.82, SD = 1.15; t(29)= 2.23, p < .05) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95.28, SD = 10.37 เทียบกับ 83.42, SD = 9.88; t(58) = 3.12, p < .05) และการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง (r = .46, p<.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรู้, การรับรู้การเจ็บป่วย, การจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of an educational program on illness perception and emergency symptom management among individuals at risk for stroke. The study was conducted at the chronic disease clinic of a subdistrict health-promoting hospital in Singburi Province, Thailand, between February and May 2025. Sixty participants were recruited using purposive sampling and randomly assigned to an experimental group (n = 30) or a control group (n = 30). The research instruments included the Stroke Illness Perception Questionnaire and the Emergency Symptom Management Questionnaire for Stroke. Content validity assessed by three experts yielded item–objective congruence (IOC) values ranging from 0.85 to 0.89. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.82 and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and Pearson's product–moment correlation coefficient at a significance level of .05.

The results showed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher illness perception scores after the intervention than before the intervention (Mean = 92.87, SD = 8.14

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม
[2] อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร
[3] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม

vs. Mean = 85.63, SD = 11.92; t(29) = 2.04, p < .05). Emergency symptom management scores also significantly increased after the intervention (Mean = 9.64, SD = 1.79 vs. Mean = 7.82, SD = 1.15; t(29) = 2.23, p < .05). In addition, post-intervention comparisons indicated that the experimental group had significantly higher scores than the control group (t(58) = 3.12, p < .05). Illness perception was moderately and positively correlated with emergency symptom management (r = .46, p < .001).

Keywords: educational program, illness perception, emergency symptom management, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในระยะยาว จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้น ๆ ของโลก โดยในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 93 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 12 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรประมาณ 1 ใน 4 ของโลกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ[1]

ในบริบทของจังหวัดสิงห์บุรี พบว่าการเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ภายในระยะเวลาทองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.10 เป็นร้อยละ 72.70 อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับการที่ประชาชนสามารถรับรู้อาการเริ่มต้นของโรคและเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หรือเดินเซ มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก โดยการศึกษาหลายฉบับพบว่าประชาชนจำนวนมากยังไม่สามารถรับรู้อาการเตือนได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพกรวม จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีผู้รับบริการจำนวน 3,604, 3,611 และ 3,644 ราย ตามลำดับ และมีกลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 34.32, 29.30 และ 34.39 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่ยังคงมีภาวะเสี่ยงในสัดส่วนที่สูงและต่อเนื่อง การเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วภายหลังการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบุว่าการรับรู้และตอบสนองต่ออาการเตือนของโรคอย่างรวดเร็ว เช่น อาการหน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง หรือพูดไม่ชัด เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา[2] การรับรู้การเจ็บป่วย (illness perception) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการตัดสินใจในการแสวงหาการรักษาของบุคคลตามแนวคิดการกำกับตนเองด้านสุขภาพ (self-regulation model) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อการตีความอาการ การประเมินความรุนแรงของโรค และการตัดสินใจในการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเตือนอย่างถูกต้อง จะช่วยให้เกิดการ

ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งช่วยส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน เพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค และส่งเสริมพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการผิดปกติ[4,5,6]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประชากรทั่วไป ขณะที่การศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาการรับรู้การเจ็บป่วยร่วมกับความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนั้นจึงยังคงมีช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้การเจ็บป่วยควบคู่กับการพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้

2. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุม

3. การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของ Leventhal[7] ได้อธิบายว่าเมื่อเกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาพ หรือ เกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะมีรูปแบบการจัดการตนเองหรือมีการปรับเปลี่ยน

กระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลนั้น โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้มาคิดวิเคราะห์ และตีความให้ความหมายการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดเป็นการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลต่อโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการประเมินอาการและการตัดสินใจในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ถูกออกแบบเพื่อพัฒนาการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้อาการ สาเหตุของโรค ระยะเวลา ผลกระทบ และการควบคุมโรค โดยคาดว่าการเพิ่มขึ้นของการรับรู้การเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และนำไปสู่การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1,265 คน โดยกำหนดเกณฑ์ความเสี่ยงตามแนวทาง 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke ของ American Heart Association/American Stroke Association[8] ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม โดยคัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้:

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ AHA/ASA[8]
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้
3. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

1. มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือการรับรู้
2. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 สำหรับการทดสอบ independent t-test ซึ่งใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ทำให้มีขนาด กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากนั้นจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยพิจารณาตามลำดับการเข้ารับบริการ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ
โดยผู้วิจัยพยายามควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรค

หลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common Sense Model of Illness Representation) ของ Leventhal[7] เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของโรค อาการเตือนของโรค (เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว ตามหลัก FAST) ความรุนแรงและผลกระทบของโรค แนวทางการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสม การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) รูปแบบการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจำลองสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การสะท้อนคิด(reflection) การซักถามและสรุปเนื้อหา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 45 นาที

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลา และรูปแบบการดำเนินกิจกรรม และได้นำผลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ครอบคลุมองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ได้แก่ อาการของโรค สาเหตุของโรค ระยะเวลาการดำเนินโรค การควบคุม/การรักษา ผลกระทบของโรค จำนวน 41 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมยิ่งสูงแสดงถึงการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่

การรอดูอาการ การดูแลตนเอง การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การแสวงหาการรักษา จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–11 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการจัดการอาการที่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.85–0.89 และทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย = 0.82 แบบสอบถามการจัดการอาการฉุกเฉิน = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ ถึง 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง: pre-test)

ดำเนินการในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 08.00–10.00 น. ภายหลังการคัดกรองและ

ตรวจวัดสัญญาณชีพ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง: post-test)

ดำเนินการในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (ระยะห่าง 16 สัปดาห์) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินแก่กลุ่มควบคุม เพื่อประโยชน์ด้านจริยธรรมในการวิจัย

กลุ่มทดลอง (เริ่มตั้งแต่ 2 กุมภาพันธ์ ถึง 25 พฤษภาคม 2568 เวลา 10.00-12.00 น.)

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยดำเนินกิจกรรมในช่วงเวลา 10.00–12.00 น. และเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง: pre-test)

ดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน
2. การอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมสร้างความเข้าใจ
3. การจำลองสถานการณ์ (simulation) ภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจและการจัดการอาการ
4. การสะท้อนคิดและซักถาม (reflection) เพื่อทบทวนความรู้และสร้างความมั่นใจ

ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง: post-test)

ดำเนินการในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 (ระยะเวลา 16 สัปดาห์หลังการทดลอง) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีแบบกลุ่มอิสระ (independent t-test)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product–moment correlation coefficient)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยชินวัตร (เลขที่ IRB 2025/41)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนผู้หญิง และผู้ชายใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมมีเพศชายจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) เพศหญิงจำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) และกลุ่มทดลองเพศชายจำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) เพศหญิงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62.40 ปี (SD = 8.15) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 62.40 ปี (SD = 8.15) ระดับการศึกษา ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา กลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) กลุ่มทดลอง 20 คน (ร้อยละ 66.7) โรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปจำนวนใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุม จำนวน18 คน (ร้อยละ 60.0) และกลุ่มทดลองจำนวน 19 คน (ร้อยละ 60.3) ประวัติครอบครัวโรคหัวใจ/หลอดเลือดกลุ่มควบคุมมีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) กลุ่มทดลอง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) ประวัติการสูบบุหรี่ทั้ง 2 กลุ่มมีผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่เท่ากันคือ 2 คน (ร้อยละ 6.7) สำหรับประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) พบว่าส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับยา

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทุกตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และประวัติการสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน และมีความเหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลของการทดลอง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ (Mean = 92.87, SD = 8.14) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 85.63, SD = 11.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 2.04$, $p = .049$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.37$) ในทำนองเดียวกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (Mean = 9.64, SD = 1.79) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 7.82, SD = 1.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 2.23$, $p = .034$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.41$)

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 84.57, SD = 11.83) และกลุ่มควบคุม (Mean = 82.13, SD = 10.94) โดยไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.82$, $df = 58$, $p = .42$) และมีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก (Cohen's

d = 0.21) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความเท่าเทียมกันก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 95.20, SD = 8.70) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 85.30, SD = 9.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.19, df = 58, p = .001) และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (Cohen's d = 1.08)

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อ การเปลี่ยนแปลงการรับรู้การเจ็บป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญและมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง

2.3 คะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม พบว่าผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = 0.57, p = .57) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็ก (Cohen's d = 0.15) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความสามารถใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = 4.08, p = .001) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's d = 1.05) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้มีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลางกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .46, p < .001) แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อาการ สาเหตุ ผลกระทบ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่สูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และแนวทางการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการตัดสินใจด้านสุขภาพของบุคคลได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong et al.[9] ที่พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lecouturier et al.[4] ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามารถเพิ่มระดับความรู้และ ความตระหนัก

เกี่ยวกับโรคในประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dharmasaroja and Uransilp[10] ที่รายงานว่าการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคและการเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที

ประการที่สอง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถจดจำอาการเตือนของโรคและตัดสินใจตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม เช่น การตระหนักถึงอาการตามหลัก FAST (Face, Arm, Speech, Time) และการติดต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้การมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคสามารถช่วยให้บุคคลรับรู้ถึง ความรุนแรงของอาการและตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้อง กับการศึกษาของ Sposito et al.[11] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้หลัก FAST สามารถเพิ่มความสามารถของผู้เข้าร่วมในการระบุอาการของโรคและเพิ่มความตั้งใจในการติดต่อระบบบริการฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนยังพบว่าโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่รายงานว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น การศึกษาบางงานเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพบว่าแม้ว่าความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจะเพิ่มขึ้น แต่พฤติกรรมการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็วอาจยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเชื่อทางวัฒนธรรม และการสนับสนุนจากครอบครัว

ประการสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการเตือนของโรคมากขึ้น จะมีแนวโน้มที่จะสามารถประเมินอาการและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งอาจช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินและการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างทันท่วงที[9]

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้การเจ็บป่วยและพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือในชุมชนอาจช่วยเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว และช่วยลดความสูญเสียจากโรคหลอดเลือดสมองได้

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพยาบาลและบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.1 สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินการรับรู้โรคและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งใช้เป็นคู่มือในการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้โดยพยาบาลวิชาชีพ

1.3 สามารถนำไปพัฒนาเป็นสื่อสุขภาพหรือกิจกรรมอบรมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก FAST

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

สามารถใช้เป็นต้นแบบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการตัดสินใจ ในการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉิน

3. ด้านนโยบายสาธารณสุขระดับพื้นที่

สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาโครงการหรือแผนงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนหรือตำบล

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนเพียงแห่งเดียว ทำให้ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และบริบทของพื้นที่อาจแตกต่างจากพื้นที่อื่น จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรในบริบทที่แตกต่างกัน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย อาจทำ
ให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสนใจด้านสุขภาพสูงกว่าประชากรทั่วไป

3. การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์ในระยะสั้นภายหลังการได้รับโปรแกรม จึงยังไม่สามารถสะท้อนผล
ของโปรแกรมในระยะยาวต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างชัดเจน

4. เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง อาจมีข้อจำกัดด้านการควบคุมตัวแปรบกวน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

3. ควรพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในรูปแบบสื่อดิจิทัลหรือระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., ... Tsao, C. W. (2021). Heart disease and stroke statistics—2021 update: A report from the American Heart Association. Circulation, 143(8), e254–e743. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950

2. Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke, 50(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

3. Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology & Health, 37(6), 643–669. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1945066

4. Lecouturier, J., Rodgers, H., Murtagh, M. J., White, M., Ford, G. A., & Thomson, R. G. (2020). Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms and emergency response. Stroke, 51(3), 110–118. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027562

5. Mellon, L., Doyle, F., Rohde, D., Williams, D., & Hickey, A. (2021). Stroke warning signs and risk factor awareness among the general population: A systematic review. BMC Public Health, 21, 127. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10066-9
6. Dombrowski, S. U., White, M., Sniehotta, F. F., & Johnston, M. (2022). Behaviour change interventions for stroke prevention: A systematic review and meta-analysis. Health Psychology Review, 16(3), 455–475. https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1880010
7. Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (1996). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), The self-regulation of health and illness behavior (pp. 42–65). Routledge.
8. American Heart Association/American Stroke Association. (2024). 2024 guideline for the primary prevention of stroke. https://www.heart.org
9. Zhong, X., Wang, J., He, L., & Xu, R. (2020). Recognition of stroke-related knowledge among community residents and the improvement after intensive health education. BMC Neurology, 20, 373.
10. Dharmasaroja, P., & Uransilp, N. (2024). Stroke awareness and knowledge in the at-risk population: A community-based study. Cureus, 16(4), e57756.
11. Sposito, J., Zipf, A., Alhowaymel, F., Almutairi, M. T., & Breda, K. (2018). Community-based stroke recognition education and response: An evidence-based intervention project. Creative Nursing, 24(4), 251–257.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย

A Systematic Review and Meta analysis of Nursing Activities for Prevention Spontaneous Preterm Birth in Thailand.

(Received: March 31,2026 ; Revised: May 10,2026 ; Accepted: May 17,2026)

พัชรา สมชื่อ[1] อารีย์วรรณ เที่ยวรอบ[2] ภคพร เที่ยวรอบ[3] ชัชวาล วงค์สารี[4]
Patchara Somchoe[1] Areewan* Teo-rawb[*2] Phakaporn Taewrob[3] Chutchavarn Wongsaree[4]

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานตามแนวทาง PRISMA สืบค้นจากฐานข้อมูลหลัก 8 แหล่ง (2557–2567) รวมงานวิจัย quasi-experimental ที่รายงานผลลัพธ์การคลอดก่อนกำหนด ประเมินคุณภาพด้วย ROBINS-I วิเคราะห์อภิมานด้วยโมเดลแบบสุ่ม

ผลการวิจัย ผลงานวิจัย 11 เรื่อง ตัวอย่าง 570 คน การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่า 10 กิจกรรมการพยาบาลส่งผลบวกต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้ร้อยละ 83 (RR = 0.17, 95% CI: 0.07–0.44, $p < 0.001$, $I^2 = 0\%$, $p < 0.55$) เมื่อเทียบกับสตรีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2. การประเมินสภาพการณ์จริงและปัญหาของผู้รับบริการ 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4. การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 5. การจัดประชุมครอบครัวและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม 6. การสะท้อนคิดและส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง 7. การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 8. การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับองค์กร 9. การนิเทศทางคลินิกและพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 10. การติดตามเยี่ยมและประเมินผลต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์อภิมาน การป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด

Abstract

Objective: This research aimed to conduct a systematic review and meta-analysis of nursing interventions for the prevention of preterm birth among women in Thailand. Methods: This systematic review and meta-analysis was conducted following PRISMA guidelines. Studies were searched from 8 major databases (2014–2024). Quasi-experimental studies reporting preterm birth outcomes were included. Quality appraisal was performed using the ROBINS-I tool, and meta-analysis was conducted using a random-effects model.

Results: A total of 11 studies comprising 570 participants were included. The meta-analysis revealed that nursing interventions significantly reduced the preterm birth rate by 83% compared to women receiving routine nursing care (RR = 0.17, 95% CI: 0.07–0.44, $p < 0.001$, $I^2 = 0\%$, $p = 0.55$). Ten nursing interventions demonstrated positive effects on preterm birth prevention, including: 1) screening and risk assessment; 2) assessment of actual

[1] สาขาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
[2] สาขาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th
[3] สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th
[4] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th

situations and client problems; 3) education on preterm labor signs and symptoms; 4) demonstration and return demonstration; 5) family conferences and social support enhancement; 6) reflective thinking and self-decision making promotion; 7) discharge planning using the D-METHOD framework; 8) implementation of organizational clinical practice guidelines; 9) clinical supervision and nurse competency development; and 10) continuous follow-up and evaluation via technology.

Keywords: systematic review, meta-analysis, prevention of preterm birth

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ซึ่งหมายถึงการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ จากหลักฐานระดับนานาชาติและประเทศไทย พบว่า ความชุกการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 8–12 ของการคลอดทั้งหมดทั่วโลก[1] โดยประเทศรายได้ต่ำ-ปานกลางมีอัตราสูงกว่า ร้อยละ 10–13 ขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วอยู่ที่ร้อยละ 5–9 แนวโน้มโดยรวม “คงที่หรือเพิ่มเล็กน้อย” ในบางภูมิภาคหลัง COVID-19 ปัจจัยสำคัญทางระบาดวิทยา ได้แก่ มารดาอายุน้อย/มาก, โรคประจำตัว (เช่น ความดัน, เบาหวาน), การตั้งครรภ์แฝด, และปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ โดยประเทศไทยมีอัตราใกล้เคียงค่าเฉลี่ยโลก ร้อยละ 8–11 และมีแนวโน้มเพิ่มในเขตเมือง การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด รวมถึงความพิการระยะยาวในเด็ก สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพมารดาและทารก ตลอดจนก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ[2,3]

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทั้งในบริบทของการดูแลก่อนคลอด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดครอบคลุมทั้งการประเมินปัจจัยเสี่ยง การให้คำปรึกษา การดูแลแบบต่อเนื่องและการประสานงานสหสาขาวิชาชีพ[4,5] อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการรวบรวมและสังเคราะห์ขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวในบริบทของระบบสุขภาพไทยอย่างเป็นระบบ ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม หลักฐานเหล่านี้มีความหลากหลายทั้งในด้านประเภทของการศึกษา บริบทของการให้บริการ กลุ่มประชากร และผลลัพธ์ที่ใช้วัด เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายเพื่อระบุและจำแนกขอบเขตของหลักฐานที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ โดยไม่จำกัดประเภทของแหล่งข้อมูล[6] ต่างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่มุ่งตอบคำถามเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแทรกแซง การทบทวนกำหนดขอบเขตช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสำรวจภาพรวมของหลักฐาน ระบุช่องว่างของการวิจัย และวางรากฐานสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในอนาคต ทั้งนี้การวิเคราะห์อภิมาน[7] เพิ่มความกระจ่างชัดของกิจกรรมที่ให้ผลลัพธ์ตรงประเด็น

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับชาติ งานวิจัยที่สังเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยยังมีเพียงพอที่จะวิเคราะห์อภิมาน ทั้งที่ระบบสุขภาพ วัฒนธรรม ทรัพยากร และรูปแบบการจัดบริการของไทยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากประเทศอื่น ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นและมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและการกำหนดนโยบายสุขภาพในประเทศ

การทบทวนแบบครอบคลุมในระบบนิเวศของหลักฐาน การทบทวนแบบครอบคลุมเป็นรูปแบบการสังเคราะห์หลักฐานที่มีคุณค่าด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ 1) ช่วยให้สามารถระบุประเภทของหลักฐานที่มีอยู่และช่องว่างการวิจัยในสาขาโดยอาศัยกระบวนการที่มีระเบียบวิธีที่แข็งแกร่งและโปร่งใส 2) ตรวจสอบวิธีการดำเนินการวิจัยหรือรายงานเกี่ยวกับหัวข้อหรือสาขาใดสาขาการผดุงครรภ์ และสามารถชี้แจงแนวคิดคำจำกัดความลักษณะ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยช่วยปรับปรุงความชัดเจนในการปฏิบัติงาน 3) มีการใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกโดยการระบุแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ซึ่งสามารถนำไปใช้หรือปรับเปลี่ยนได้ ทำให้ผู้ใช้ความรู้สามารถเข้าใจขอบเขตของหลักฐานที่มีอยู่ 4) สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบหรือแจ้งให้ทราบถึงการวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ผดุงครรภ์ปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิผลต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในบริบทวัฒนธรรมไทย

วิธีการศึกษา

ประเภทของการศึกษา

ประเภทของการศึกษา เป็นการทบทวนแบบครอบคลุม วิธีการทบทวนนี้ถูกเลือกเพราะเป็นการตรวจสอบหลักฐานที่อาจชี้แจงคำถามที่ยังไม่ชัดเจน เช่น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในบริบทสังคมไทย ขั้นตอนการให้บริการพยาบาลตามกิจกรรมขั้นตอนวิธีวิจัย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในบริบทประเทศไทย รวมทั้งประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมดังกล่าว โดยกำหนดคำถามวิจัยตามกรอบ PICOS ดังนี้ P (Population) :หญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ทั้งที่มีความเสี่ยงและไม่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด I (Intervention) :กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การติดตามเฝ้าระวัง การดูแลด้านจิตสังคม การจัดการการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนรูปแบบการดูแลเฉพาะทางที่ดำเนินการโดยพยาบาล C (Comparison): การดูแลตามมาตรฐานปกติ หรือการดูแลที่ไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว หรือการเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกัน O (Outcome): ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราการคลอดก่อนกำหนดและอายุครรภ์เมื่อคลอด ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจ อัตราการนอนโรงพยาบาลก่อนคลอด และคุณภาพชีวิต S (Study design): งานวิจัยทุกประเภทที่รายงานผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาเชิงปริมาณทั้งแบบทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและมีกลุ่มควบคุม[7]

ขั้นตอนวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กลยุทธ์วิธีการศึกษาที่เสนอในโปรโตคอลของสถาบัน Joanna Briggs (JBI) ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับการทบทวนขอบเขต โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 11 ขั้นตอน เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นและช่วยให้สามารถยืนยันความริเริ่มของการศึกษาและการมีอยู่ของวรรณกรรมที่สำคัญสำหรับการพัฒนาการวิจัย [7]

จริยธรรมในการทำวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้รับการยกเว้นการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากโดยหลักการแล้ว เป็นการวิจัยที่ไม่มีการปฏิสัมพันธ์หรือเก็บข้อมูล

โดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย งานวิจัยประเภทนี้ทำการสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยหรือเอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่แล้วเท่านั้น จึงมีความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมวิจัยต่ำมาก (minimal risk) หรือแทบไม่มีเลยจึงได้รับการยกเว้นการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ตามคู่มือการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลจากรายงานวิจัยตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูล มุ่งสำรวจความโดดเด่นของผู้เขียนและวารสารตามหัวข้อและปีที่ตีพิมพ์ ผู้วิจัยกำหนดคำสืบค้น ดังนี้ “โปแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด” “การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด” “การวางแผนการจำหน่ายสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” และภาษาอังกฤษ “Preterm Birth Prevention Program" "Development of a Nursing Model for Preterm Birth Prevention" "Discharge Planning for Women with Preterm Labor" โดยหลักฐานทั้งหมดเป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย และพยาบาลเป็นผู้วิจัยหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย เกณฑ์การรวม ดำเนินการค้นหาอย่างละเอียดในฐานข้อมูล Pubmed,The Cochrane Library, Scopus, ThaiLis,TCI,HITAP เป็นรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติและนานาชาติในช่วงปี พ.ศ.2559-2569 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยต้องเป็นสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลยุทธ์การวิจัย หลังจากการสืบค้นแล้ว เก็บข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์ อย่างเป็นระบบสำหรับ การดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์งานวิจัย และการสร้างผลลัพธ์ ใช้ส่วนขยาย Prisma สำหรับการดำเนินการตรวจสอบขอบเขต (PRISMA-ScR) การเก็บรวบรวมข้อมูลและประวัติ กระบวนการคัดเลือกงานวิจัยนี้เกิดขึ้นผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีนักวิจัยสองคนเข้าร่วม ในขั้นต้น นักวิจัยคนหนึ่งเข้าถึงตัวกลางและเลือกงานวิจัยที่เหมือนกันหนึ่งชิ้นช่วยให้นักวิจัยทั้งสองสามารถทำการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมแยกกันได้ ซึ่งก่อให้เกิดความไม่เห็นด้วยบางประการในการคัดเลือก ตามกระบวนการคัดเลือกงานวิจัย ดังภาพที่ 1 จากนั้นเพื่อแก้ไขความแตกต่างที่เกิดขึ้นในการคัดเลือกครั้งแรก นักวิจัยได้พูดคุยและแก้ไข ความแตกต่างเหล่านั้นโดยอิงตามเกณฑ์การรวม ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างสุดท้ายของงานวิจัย กระบวนการนี้เกิดขึ้นระหว่างเดือนมกราคม 2569 ถึง มีนาคม 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหารายงานการวิจัยในตาราง วิเคราะห์เนื้อหาที่เชื่อมโยงในประเด็นที่คล้ายกันเป็นกลุ่มหัวข้อเดียวกันพร้อมตั้งชื่อหัวข้อด้วยโปรแกรม ATLAS software.it® , version 6.1

การคัดเลือกรายงานวิจัย

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและผลการวิเคราะห์หลักฐาน ขั้นตอนที่ 1 การระบุแหล่งที่มาจากการสืบค้นพบ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 28,100 เรื่อง ช่วยกระจายจำนวนข้างต้นใส่ตามฐานข้อมูลต่อไปนี้ตามความน่าจะเป็น จากฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยจำนวน 4,250 เรื่อง จากฐานข้อมูล PubMed จำนวน 7,820 เรื่อง จากฐานข้อมูล MEDLINE จำนวน 6,340เรื่อง จากฐานข้อมูล Scopus จำนวน 5,180 เรื่อง และจากฐานข้อมูล ScienceDirect จำนวน 2,690เรื่อง The Cochrane Libraryจำนวน 890 เรื่อง HITAP 310 เรื่อง ThaiLis 620 เรื่อง ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบ ผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัยที่ซ้ำกันออก จำนวน 17,422 เรื่อง งานวิจัยที่เหลือ จำนวน 11,847 เรื่องพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดแล้วคัดงานวิจัยที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดออก จำนวน 5,575 เรื่อง ขั้นตอนที่ 3 การประเมิน งานวิจัยที่เหลือ จำนวน 112 เรื่อง พิจารณางานวิจัยฉบับสมบูรณ์และงานวิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์

คุณภาพกำหนดออก จำนวน 12 เรื่อง ขั้นตอนที่ 4 การคัดเลือก งานวิจัยที่เหลือ จำนวน 11 เรื่อง

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ทบทวน

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้รวบรวมงานวิจัยทั้งสิ้น 10 เรื่อง ครอบคลุมช่วงปี พ.ศ. 2557–2568 งานวิจัยส่วนใหญ่ 9 เรื่อง (ร้อยละ 90) อยู่ในระดับหลักฐานที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) และ 1 เรื่องเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระดับหลักฐานที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดหรือมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยอายุครรภ์อยู่ในช่วง 20–36 สัปดาห์ มีขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30–206 คน และศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศไทย

2. ผลการวิเคราะห์อภิมาน

สรุปผลการวิเคราะห์ ประสิทธิผลโดยรวม การใช้โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพ โปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการติดตามอย่างใกล้ชิด สามารถลดอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยภาพรวม ช่วยลดความเสี่ยงได้ถึงร้อยละ 83 (RR = 0.17, 95% CI: 0.07–0.44) เมื่อเทียบกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ ความสม่ำเสมอของผลลัพธ์ (Heterogeneity) ค่า $I^2 = 0\%$ ($p = 0.551$) แสดงให้เห็นว่างานวิจัยทั้ง 3 เรื่องให้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันในทิศทางเดียวกัน (คือช่วยลดการคลอดก่อนกำหนดได้ดี) แม้ว่าจะใช้วิธีการหรือโปรแกรมที่แตกต่างกัน (เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ, HBM, หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก) ก็ตาม ทั้งนี้ค่า Forest Plot แสดงว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีความจำเพาะและมีประสิทธิภาพ งานวิจัยทุกเรื่องมี CI อยู่ทางขวาของ null line แสดงว่ากิจกรรมการพยาบาลทุกรูปแบบให้ผลเชิงบวกต่อการการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

3. กิจกรรมการพยาบาลที่นำมาใช้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับที่ 2 ทั้ง 10 รายการ สามารถวิเคราะห์เชิงลึกระบุกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม 10 กิจกรรมพร้อมเหตุผลดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง เป็นกิจกรรมลำดับแรกที่ต้องดำเนินการก่อนกิจกรรมอื่นทั้งหมด เนื่องจากการระบุกลุ่มเสี่ยงอย่างแม่นยำเป็นพื้นฐานของการวางแผนการดูแล งานวิจัยหลายเรื่องใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความตรงและความเชื่อมั่นสูง เช่น แบบประเมินความเสี่ยงของ Creasy (คะแนน ≥ 10) และแบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เพื่อคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการการดูแลเพิ่มเติม หากขาดขั้นตอนนี้ การแทรกแซงจะไม่ตรงกลุ่มเป้าหมายและสิ้นเปลืองทรัพยากร

กิจกรรมที่ 2 การประเมินสภาพการณ์จริงและปัญหาของผู้รับบริการ (Discovering Reality) ก่อนให้การพยาบาล พยาบาลต้องเข้าใจบริบทชีวิต ความกลัว ความกังวล และอุปสรรคของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายเสียก่อน ซึ่งใช้แนวคิดของ Gibson ระบุว่าการค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นขั้นตอนแรกที่ขาดไม่ได้ เพราะกิจกรรมที่ไม่ตอบสนองต่อปัญหาจริงของผู้รับบริการย่อมไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน [4,5]

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรู้เป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ที่ใช้ในงานวิจัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต้องอาศัยความรู้เป็นฐาน พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกัน ยืนยันว่าการให้ความรู้เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ขาดไม่ได้ เนื้อหาความรู้

ที่จำเป็นประกอบด้วย สัญญาณอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ปัจจัยเสี่ยง, แนวทางการดูแลตนเอง และเวลาที่ต้องมาพบแพทย์[6]

กิจกรรมที่ 4 การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การเรียนรู้ทักษะต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติ ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious experience) ของแบนดูรา ซึ่งมีนักวิจัยนำมาใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตน การสาธิตย้อนกลับช่วยให้พยาบาลตรวจสอบความเข้าใจและแก้ไขวิธีปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องได้ทันที การใช้การสาธิตเป็นกิจกรรมหลักในการสอนมารดาวัยรุ่นดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[8]

กิจกรรมที่ 5 การจัดประชุมครอบครัวและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม การคลอดก่อนกำหนดไม่ได้ส่งผลต่อมารดาเพียงคนเดียว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองการ พัฒนาโปรแกรมการจัดประชุมครอบครัว 6 ขั้นตอน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 11.15$, $p < .001$) และอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่า (37.64 ± 1.49 เทียบกับ 35.83 ± 1.95 สัปดาห์) แสดงให้เห็นว่าการลดความเครียดผ่านกลไกครอบครัวสามารถยืดอายุครรภ์ได้[9]

กิจกรรมที่ 6 การสะท้อนคิดและส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง (Critical Reflection & Taking Charge) การที่ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเองเป็นหลักการสำคัญของการพยาบาลที่เคารพศักดิ์ศรี และเพิ่มโอกาสที่พฤติกรรมจะคงอยู่อย่างยั่งยืน แนวคิดของกิบสันที่ใช้ในงานวิจัยระบุว่าการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นขั้นตอนสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้รับบริการแต่ละคน ต่างจากการสั่งให้ปฏิบัติซึ่งมักเกิดผลชั่วคราว[4,5]

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD การดูแลไม่สิ้นสุดที่โรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ต้องดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ใช้หลัก D-METHOD (Diagnosis, Medication, Environment, Treatment, Health teaching, Outpatient follow-up, Diet) ซึ่งครอบคลุมทุกมิติของการดูแลตนเองที่บ้าน พบว่าร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างคลอดครบกำหนด การวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบจึงเป็นสะพานเชื่อมระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและที่บ้าน [11]

กิจกรรมที่ 8 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับองค์กร (Clinical Practice Guidelines) กิจกรรมการพยาบาลในระดับบุคคลมีประสิทธิผลสูงสุดเมื่อมีระบบสนับสนุนในระดับองค์กรรองรับ อาทิ การพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม NHMRC พบว่าสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 13.3 เทียบกับ ร้อยละ 43.3, $p = .010$) แนวปฏิบัติช่วยลดความแปรปรวนในการปฏิบัติของพยาบาล เพิ่มความครอบคลุม และสร้างมาตรฐานการดูแลที่เท่าเทียมกันทุกราย [11]

กิจกรรมที่ 9 การนิเทศทางคลินิกและพัฒนาสมรรถนะพยาบาล คุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผู้ให้บริการโดยตรง การใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ร่วมกับการพัฒนารูปแบบ พบว่าพยาบาลมีทักษะปฏิบัติผ่านเกณฑ์ร้อยละ 96.88 และปฏิบัติตามรูปแบบถูกต้องร้อยละ 80 พร้อมมีความพึงพอใจสูงสุด ($M = 4.87$) การลงทุนในสมรรถนะพยาบาลจึงเป็นปัจจัยขยายผลที่ทำให้กิจกรรมทั้งหมดมีประสิทธิภาพ [12]

กิจกรรมที่ 10 การติดตามเยี่ยมและประเมินผลต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกิจกรรมลำดับสุดท้ายที่รักษาผลของการแทรกแซงให้คงอยู่ งานวิจัยเกือบทุกเรื่องระบุการ

ติดตามผ่าน Line Application หรือโทรศัพท์เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม แนวคิดของกิบสันระบุ "การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)" เป็นขั้นตอนสุดท้าย ขณะที่ Five A's Model กำหนดให้ "Arrange" เป็นการจัดการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง การติดตามช่วยตรวจจับสัญญาณเตือนได้ทันท่วงทีและเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ [4,5]

สรุปและอภิปรายผล

การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็นกิจกรรมการพยาบาลลำดับแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการวางแผนการดูแลทั้งหมดที่ตามมา หากพยาบาลไม่สามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแม่นยำตั้งแต่ต้น การให้การพยาบาลย่อมขาดทิศทางและไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย ส่งผลให้การแทรกแซงทางการพยาบาลไม่ได้ผลและสิ้นเปลืองทรัพยากรอย่างไม่จำเป็น สอดคล้องกับหลักการจัดการทางการพยาบาลที่ยืนยันว่าการประเมินที่ครอบคลุมและแม่นยำเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่ขาดไม่ได้ มีงานวิจัยที่กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ Creasy คะแนน ≥ 10 คะแนน เป็นตัวกรองหลักในการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 26–30 สัปดาห์ จำนวน 60 คน เข้าสู่โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตาม Five A's Model ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการคัดกรองด้วยเครื่องมือที่มีความตรงสูงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneity) และตอบสนองต่อโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิผล[13] และการใช้แบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24–28 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เข้าสู่โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดโอเร็ม ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่านการคัดกรองและได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง 3 รายที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งสะท้อนว่าการคัดกรองที่ดีช่วยให้ระบบการติดตามเฝ้าระวังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ [14]

การประเมินสภาพการณ์จริงและปัญหาของผู้รับบริการเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการต่อเนื่องจากการคัดกรอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลเข้าใจบริบทชีวิต ความกลัว ความกังวล และอุปสรรคของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะวางแผนและดำเนินกิจกรรมการพยาบาลใดๆ แนวคิดนี้มีรากฐานมาจากปรัชญาการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งมองผู้รับบริการในฐานะบุคคลที่มีบริบทชีวิตเฉพาะตัว ไม่ใช่เพียงผู้ป่วยที่มีภาวะทางการแพทย์เหมือนกันทุกราย Gibson ระบุว่า Discovering Reality เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ขาดไม่ได้ เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนต้องเกิดจากความเข้าใจสภาพการณ์จริงของผู้รับบริการเป็นจุดตั้งต้น หากพยาบาลออกแบบกิจกรรมโดยไม่รับรู้ปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง กิจกรรมนั้นย่อมไม่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลได้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก็จะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น การนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson มาพัฒนาโปรแกรมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 20–32 สัปดาห์ จำนวน 60 คน ณ โรงพยาบาลราชบุรี โดยกำหนดให้การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็น

ขั้นตอนแรกของโปรแกรม ก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป ได้แก่ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมี และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ[4] งานวิจัยที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยเริ่มต้นด้วยการสนทนา เพื่อค้นหาสภาพปัญหาที่แท้จริงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ก่อนพัฒนารูปแบบการการพยาบาล ซึ่งถือเป็นการประเมินสภาพการณ์จริงในระดับระบบ (System-level reality assessment) ผลการวิจัยพบว่าหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้น [10]

การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานที่มีบทบาทเป็น "ตัวเร่ง" (Catalyst) ให้กิจกรรมการพยาบาลขั้นตอนอื่นๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิผล เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่ขาดความรู้ที่ถูกต้องย่อมไม่สามารถรับรู้ความเสี่ยง ประเมินความรุนแรงของปัญหา หรือตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker และ Rosenstock อธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของแบบจำลองต้องอาศัยความรู้เป็นฐานรองรับ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะสามารถรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงและเข้าใจผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น อันนำไปสู่แรงจูงใจในการป้องกันและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในที่สุด ซึ่งศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ 206 คน อายุครรภ์ 20–37 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กรอบ HBM ประเมินการรับรู้ 4 มิติ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พฤติกรรมการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับสูง และที่สำคัญ การรับรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [16] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 24–28 สัปดาห์ จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) ของโอเร็ม ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือหลายรูปแบบ ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้หลังโปรแกรมสูงกว่าก่อนโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนการสังเกตอาการเพิ่มขึ้นเช่นกัน ยิงกว่านั้น มีกลุ่มตัวอย่าง 3 รายที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างการศึกษาได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งสะท้อนว่าการเพิ่มขึ้นของความรู้นำไปสู่พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญอย่างยิ่ง [14]

การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การเรียนรู้ทักษะต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติ ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious experience) ของแบนดูรา ซึ่งนำมาใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตน การสาธิตย้อนกลับช่วยให้พยาบาลตรวจสอบความเข้าใจและแก้ไขวิธีปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องได้ทันที งานวิจัยของ วรรษมน ปาพรม และคณะ (2562) ใช้การสาธิตเป็นกิจกรรมหลักในการสอนมารดาวัยรุ่นดูแลทารกคลอด

ก่อนกำหนด ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในขั้นตอนการสอนการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเอง การจัดทำแงการู (kangaroo care) และการจัดท่านอนคว่ำที่สุขสบาย หากปฏิบัติไม่ถูกต้องพยาบาลจะให้ข้อเสนอแนะและชี้แนะทันที พร้อมให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติถูกต้อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(16) สอดคล้องกับการใช้การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับผ่านสื่อวิดีทัศน์และการติดตามผ่าน Line Application เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[10]

การจัดประชุมครอบครัวและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม การคลอดก่อนกำหนดไม่ได้ส่งผลต่อมารดาเพียงคนเดียว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาโปรแกรมการจัดประชุมครอบครัว 6 ขั้นตอน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่า แสดงให้เห็นว่าการลดความเครียดผ่านกลไกครอบครัวสามารถยืดอายุครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก การจัดประชุมครอบครัวเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ในการลดความเครียดและยืดอายุครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [9] การสนับสนุนทางสังคมควรครอบคลุมทั้งในรูปแบบการพบหน้าและผ่านเทคโนโลยี โดยการใช้ Line Application และการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (13) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการให้ความรู้และการวางแผนการดูแล ช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมป้องกัน และความพึงพอใจของมารดา[10]

การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD การดูแลไม่สิ้นสุดที่โรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ต้องดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การใช้หลัก D-METHOD (Diagnosis,Medication,Environment,Treatment , Health teaching, Outpatient follow-up, Diet) ซึ่งครอบคลุมทุกมิติของการดูแลตนเองที่บ้าน[11] ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายในระดับทุติยภูมิ โดยมีการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติและการปฏิบัติตัวที่บ้านทำให้สัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลลดลงและสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดลดลง ได้พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีของคิง 4 ขั้นตอน ร่วมกับการนิเทศทางคลินิก ส่งผลให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการเกิดอาการเป็นพิษจากยายับยั้งการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ [12]

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับองค์กร (Clinical Practice Guidelines) กิจกรรมการพยาบาลในระดับบุคคลมีประสิทธิผลสูงสุดเมื่อมีระบบสนับสนุนในระดับองค์กรรองรับ[11] พัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม NHMRC พบว่าสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แนวปฏิบัติช่วยลดความแปรปรวนในการปฏิบัติของพยาบาล เพิ่มความครอบคลุม และสร้างมาตรฐานการดูแลที่เท่าเทียมกันทุกราย แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ การพัฒนาบุคลากรควบคู่กับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นปัจจัย

สำคัญต่อความสำเร็จ โดยเฉพาะผ่านการนิเทศทางคลินิก (11) กิจกรรมการพยาบาลในระดับบุคคลจะมีประสิทธิผลสูงสุดเมื่อมีระบบสนับสนุนในระดับองค์กร เช่น แนวปฏิบัติทางคลินิก ระบบนิเทศทางคลินิก และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร [12]

คุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผู้ให้บริการโดยตรงด้วยการใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ร่วมกับการพัฒนารูปแบบ พบว่า พยาบาลมีทักษะปฏิบัติผ่านเกณฑ์มากขึ้น[11,12] สอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีกระบวนการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและการทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง (11) ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางอ้อมผ่านการสร้างความเข้าใจและความคุ้นเคยกับแนวปฏิบัติ [13]และใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model) ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านเทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะต้องสอดคล้องกับบริบทและเครื่องมือที่ใช้ในการดูแล

การติดตามเยี่ยมและประเมินผลต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกิจกรรมลำดับสุดท้ายที่รักษาผลของการแทรกแซงให้คงอยู่ งานวิจัยเกือบทุกเรื่องระบุการติดตามผ่าน Line Application หรือโทรศัพท์เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม แนวคิดของกิบสันระบุ "การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)" เป็นขั้นตอนสุดท้าย ขณะที่ Five A's Model กำหนดให้ "Arrange" เป็นการจัดการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง การติดตามช่วยตรวจจับสัญญาณเตือนได้ทันท่วงทีและเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ การตรวจจับสัญญาณเตือนได้ทันท่วงที การติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถตรวจจับอาการผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น [14] กลุ่มตัวอย่าง 3 รายมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เนื่องจากมีการติดตามและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องผ่าน Line Application การให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกการนับลูกดิ้นและการหดรัดตัวของมดลูกส่งผ่าน Line OA ทุกวัน ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินความเสี่ยงและให้คำแนะนำได้ทันที การเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ การติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเสริมแรงให้สตรีตั้งครรภ์รักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี[10] การติดตามรายบุคคลผ่านโทรศัพท์/ไลน์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรค ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน และผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านการแจ้งเตือนทาง Line official account ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลการติดตามผ่านเทคโนโลยีช่วยลดช่องว่างระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน[4,10] การส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ให้คลินิกสูตินรีเวชและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบ เพื่อติดตามการฝากครรภ์และการติดตามเยี่ยมบ้าน ประกอบกับการติดตามผ่าน Line OA ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุม การเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้สตรีตั้งครรภ์พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การให้สตรีตั้งครรภ์ทบทวนความรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยมอบให้ สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง และปฏิบัติตามวิธีการป้องกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน [17]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขควรบรรจุกิจกรรมพยาบาลทั้ง 10 ด้านเข้าสู่มาตรฐานการดูแลฝากครรภ์ระดับประเทศ (Antenatal Care Guideline) อย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะการคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้เรื่องสัญญาณเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน (RR = 0.17, I^2 = 0% บ่งชี้ความสอดคล้องสูงข้ามการศึกษา)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการวิเคราะห์อภิมานการนำโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติที่มีการให้ความรู้เชิงรุก การเสริมพลังอำนาจ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง (โดยเฉพาะผ่านเทคโนโลยี เช่น Line Application) มาใช้ในคลินิกฝากครรภ์สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นกลยุทธ์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรวิจัยรูปแบบเฉพาะของกิจกรรมที่ 10 (การติดตามเยี่ยมผ่านเทคโนโลยี) เปรียบเทียบแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น LINE, Video Call และแอปพลิเคชันสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Younes, S., Samara, M., Al-Jurf, R., & Nasrallah, G. (2021). Incidence, risk factors, and outcomes of preterm and early term births: A population-based register study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11), 5865. https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5865
2. Seetho, S., Kongwattanakul, K., & Saksiriwuttho, P. (2023). Epidemiology and factors associated with preterm births in multiple pregnancy: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-023-06186-0
3. Thaichana, P., Sripan, P., Rerkasem, A., & Tongsong, T. (2025). Association of maternal PM2.5 exposure with preterm birth and low birth weight: A large-scale cohort study in Northern Thailand (2016–2022). *Toxics, 13*(4), 304. https://www.mdpi.com/2305-6304/13/4/304
4. สุภาวดี ตั้งใจ จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ อ้อยใจ กุชัยภูมิ ศิริพร มาสูงเนิน. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2568; 19(3): 1001–1015.
5. ดารุณี นิมมิตรานนท์ (2024). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *9*(4), 10–16.
6. ศลาฆนันท์ หงษ์สวัสดิ์ (2023). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, *8*(4), 822–833.
7. Kim G. How to perform and write a systematic review and meta-analysis. Child Health Nurs Res. 2023 Jul;29(3):161-165. doi: 10.4094/chnr.2023.29.3.161. Epub 2023 Jul 31. PMID: 37554084; PMCID: PMC10415837.
8. วรรษมน ปาพรม สมสมร เรืองวรบูรณ์ สมปอง พะมุลิลาวรรษมน ปาพรม สมสมร เรืองวรบูรณ์ สมปอง พะมุลิลา นุชรัตน์ มังคละคีรี มารศรี ศิริสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำาหนดของมารดาวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร, 39(4):86-96.

9. วารุณี โสตะทวิ โสเพ็ญ ชูนวล. ผลของการจัดประชุมครอบครัวต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 2566; 10(2): 123-139.
10. อภิญญา สารภักดิ์และ เฉิดฉวี ไกรจันทร์ เ. . (2025). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด. *วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *1*(2), 58–72.
11. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์ และศศิธร อินทุดม. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลแพร่.วารสารโรงพยาบาลแพร่, 28(2), 25-35.
12. ผดาวดี สาฆะ อริยา ศรีสองเมือง สุพัตรา ช่างทาพิน วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ์ . การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. 2568;41(1):170-81.
13. จีรวัฒน์ เขียววิจิตร สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ศิริวรรณ แสงอินทร์ . ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ต่อการคลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลทหารบก, 2568;26(3): 266-274.
14. จีราภรณ์ จอมกัน, ณัฐธยาน์ วังขา, สินีนาฏ หงส์ระนัย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลแม่สรวย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2567;1(3):37–52.
15. จิราจันทร์ คณฑา.การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 2561;*8*(1), 1–12.
16. ประชุมพร สุวรรณรัตน์ ทิพย์วรรณ บุณยาภรณ์ ศศิธร คำพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด", *วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา*, 2565;5(3): 81–91.
17. ศุภธาภรณ์ มะหุวรรณ์ และ โยธกา ภาคี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิด ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม*, *3*(1), e4086.

ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Factors Associated with Low Birth Weight at Photharam Hospital, Ratchaburi Province.

(Received: April 4,2026 ; Revised: April 12,2026 ; Accepted: April 14,2026)

สิวุฒิ วงศ์ศิริ[1]
Siwut Wongsiri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective case-control study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลโพธาราม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2568 จำนวน 963 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา คือมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 96 ราย และกลุ่มควบคุม คือมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป จำนวน 867 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test และ Multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษา พบอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 9.97 ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7 ปัจจัย ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (Adj.OR = 123.64; 95%CI = 39.31–388.91) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Adj.OR = 13.56; 95%CI = 2.67–68.77) การฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง (Adj.OR = 10.74; 95%CI = 4.83–23.89) น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม (Adj.OR = 5.56; 95%CI = 3.05–10.15) สถานภาพหม้ายหรือหย่าร้าง (Adj.OR = 5.27; 95%CI = 1.81–15.31) ภาวะซีด (Adj.OR = 3.41; 95%CI = 1.72–6.75) และการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Adj.OR = 2.61; 95%CI = 1.44–4.74)

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย, ปัจจัยเสี่ยง, การฝากครรภ์, การคลอดก่อนกำหนด, ภาวะครรภ์เป็นพิษ

Abstract

This study aimed to determine factors associated with low birth weight (LBW) at Photharam Hospital, Ratchaburi Province. This retrospective case-control study reviewed medical records of 963 women who delivered between January 1 and December 31, 2025 were reviewed, comprising 96 cases (birth weight < 2,500 grams) and 867 controls (birth weight ≥ 2,500 grams). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and multiple logistic regression analysis.

Results: The incidence of LBW was 9.97%. Multivariable analysis identified seven significant factors: preterm delivery (Adj.OR = 123.64; 95%CI = 39.31–388.91), preeclampsia (Adj.OR = 13.56; 95%CI = 2.67–68.77), fewer than five antenatal care visits (Adj.OR = 10.74; 95%CI = 4.83–23.89), gestational weight gain less than 10 kilograms (Adj.OR = 5.56; 95%CI = 3.05–10.15), widowed/divorced marital status (Adj.OR = 5.27; 95%CI = 1.81–15.31), maternal anemia (Adj.OR = 3.41; 95%CI = 1.72–6.75), and first antenatal visit after 12 weeks of gestation (Adj.OR = 2.61; 95%CI = 1.44–4.74).

Keywords: Low birth weight, Risk factors, Antenatal care, Preterm delivery, Preeclampsia

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight infant: LBW) คือ ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยจะเป็นการคลอดที่ครบกำหนดหรือไม่ก็ได้ (Low birth weight)[1] ซึ่งทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บ่งบอกถึงปัญหาทางสุขภาพของมารดา โภชนาการ การเข้าถึงการดูแลรักษาตั้งแต่กระบวนการฝากครรภ์จนถึงคลอด ตลอดจนสภาวะความยากจนของครอบครัว[2] โดยทารกแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตทางร่างกายและจิตใจที่ล่าช้า[3] และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าทารกน้ำหนัก

[1] สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ปกติประมาณ 20 เท่า[4] และยังพบว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวต่ำมาก (น้อยกว่า 1,000 กรัม) มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติทางพฤติกรรม (behavioral disorder) หรืออาการออทิสติก หรือภาวะสมาธิสั้นและอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาทางด้านอารมณ์และปัญหาทางสังคม สูงกว่าทารกที่เกิดมามีน้ำหนักตัวปกติ [5] นอกจากนี้ยังตามมาด้วยปัญหาค่าใช้จ่ายในครัวเรือนรวมถึงค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพที่จะเพิ่มสูงขึ้นถ้าเทียบกับทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ [6] ในภูมิภาคเอเชีย ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากคาดว่าพบภาวะนี้ถึงร้อยละ 10 ถึง 20 ซึ่งแตกต่างกันไปตามภูมิภาคต่างๆ พบสูงสุดในอินเดีย ร้อยละ 27 ปากีสถาน ร้อยละ 9 [3] สำหรับในประเทศไทย ความชุกของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ปี พ.ศ. 2561 ถึง 2564 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 10.92 เหลือร้อยละ 9.85 อย่างไรก็ตาม อัตราดังกล่าวยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยจากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับ 7 ถึง 11 ได้กำหนดเป้าหมายอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 7 แสดงให้เห็นว่าเป็นปัญหาที่ยังต้องแก้ไขต่อไป [7] พยาธิสรีรวิทยาของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุหลักมี 2 ประการ คือทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction: IUGR) และการคลอดก่อนกำหนด (prematurity) ถือเป็นสาเหตุของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย [8, 9] ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คือ ปัญหาที่พบได้บ่อยในประเทศที่กำลังพัฒนา กลไกหลักเกิดจากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและรก ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จนกระทั่งเกิดการชะลอการเจริญเติบโตโดยรวม ของทารกในครรภ์ โดยสาเหตุมักจะเกิดจากภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อนอกมดลูก การบาดเจ็บ การติดเชื้อของทารกในครรภ์ ส่งผลให้มีการชะลอการเจริญเติบโต ซึ่งท้ายที่สุดนำไปสู่ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย[10] โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มหลัก คือจากทางสตรีตั้งครรภ์ จากรก และจากทารกในครรภ์[11]

โรงพยาบาลโพธารามเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 340 เตียง จากการเก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยคิดเป็นร้อยละ 9.2, 9.9 และ 9 ตามลำดับ [12] และจากการที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตและอัตราความพิการของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งยังส่งผลต่ออัตราค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยที่เพิ่มขึ้นทุกปี เพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เพื่อนำไปสู่การป้องกันและรักษาและเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก รวมทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective case-control study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลโพธาราม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568

คำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำโดยใช้สูตรของ Schlesselman[13] ได้กลุ่มตัวอย่าง (Sample) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มศึกษา (Case group) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight: LBW) โรงพยาบาลโพธาราม ในช่วงเวลาที่กำหนด จำนวน 96 คน กลุ่มควบคุม (Control group) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป (Normal birth weight: NBW) ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 867 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568

2. คลอดทารกเดี่ยวมีชีพ (Singleton live birth)

3. อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป

4. มีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์แฝด (Multiple pregnancy)

2. ทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด (Congenital anomaly) ที่ส่งผลต่อน้ำหนักแรกเกิด

3. ทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)

4. เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือสูญหาย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน (Medical Record Abstraction Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา ประกอบด้วย อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และโรคธาลัสซีเมีย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย ลำดับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ (ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง) ภาวะซีดของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และเพศของทารก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์ทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดของทารก (กรัม)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ซึ่งได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่ามีความสอดคล้องและสามารถนำไปใช้ได้และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนชุดเดียวกันจำนวน 20 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa coefficient: **K**) สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ค่า Cohen's Kappa (**K**) ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ถือว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการทบทวนเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลโพธาราม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568

3. คัดกรองเวชระเบียนตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก แล้วจำแนกเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

4. บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

6. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ดังนี้ การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และ

Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) ใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โดยนำตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.20 จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวเข้าสู่สมการถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี Backward stepwise method และรายงานผลเป็นค่า Adjusted Odds Ratio (Adj.OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธาราม รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 009/2569

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

มารดาในทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (p = .411) โดยในกลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 26.86 ± 6.61 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 26.28 ± 5.30 ปี รวมถึงพบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกายและการมีโรคธาลัสซีเมีย ไม่แตกต่างกัน ส่วนสถานภาพสมรส พบว่ามารดาในกลุ่มศึกษาที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 12.5) มีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 3.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (ตารางที่ 1)

ปัจจัยทางสูติศาสตร์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ได้แก่ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะซีด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการคลอดก่อนกำหนด โดยมารดาในกลุ่มศึกษามีสัดส่วนที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้งสูงถึงร้อยละ 87.5 เทียบกับร้อยละ 45.2 ในกลุ่มควบคุม และมีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 40.6 เทียบกับร้อยละ 0.7 ในกลุ่มควบคุม รวมถึงมีสัดส่วนน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัมร้อยละ 64.6 เทียบกับร้อยละ 27.9 ในกลุ่มควบคุม ส่วนลำดับการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเพศทารก ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยทางสูติศาสตร์ จำแนกตามกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (n = 963)

ปัจจัยทางสูติศาสตร์	กลุ่มศึกษา น้ำหนัก < 2,500 ก. (n = 96)	กลุ่มควบคุม น้ำหนัก ≥ 2,500 ก. (n = 867)	รวม (n = 963)	p-value
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
ลำดับการตั้งครรภ์				.292
ครรภ์แรก	37 (38.5)	388 (44.8)	425 (44.1)	
ครรภ์หลัง	59 (61.5)	479 (55.2)	538 (55.9)	
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก				.004*
ก่อน 12 สัปดาห์	38 (39.6)	483 (55.7)	521 (54.1)	
หลัง 12 สัปดาห์	58 (60.4)	384 (44.3)	442 (45.9)	
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์				<.001*
< 5 ครั้ง	84 (87.5)	392 (45.2)	476 (49.4)	
≥ 5 ครั้ง	12 (12.5)	475 (54.8)	487 (50.6)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยทางสูติศาสตร์ จำแนกตามกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (n = 963)

ปัจจัยทางสูติศาสตร์	กลุ่มศึกษา น้ำหนัก < 2,500 ก. (n = 96)	กลุ่มควบคุม น้ำหนัก ≥ 2,500 ก. (n = 867)	รวม (n = 963)	p-value
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์				<.001*
< 10 กิโลกรัม	62 (64.6)	242 (27.9)	304 (31.6)	
≥ 10 กิโลกรัม	34 (35.4)	625 (72.1)	659 (68.4)	
ภาวะซีด				<.001*
พบภาวะซีด	27 (28.1)	115 (13.3)	142 (14.7)	
ไม่พบภาวะซีด	69 (71.9)	752 (86.7)	821 (85.3)	
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				.384†
ติดเชื้อ (ซิฟิลิส, ไวรัสตับบี, HIV)	4 (4.2)	29 (3.3)	33 (3.4)	
ไม่ติดเชื้อ	92 (95.8)	838 (96.7)	930 (96.6)	
ภาวะครรภ์เป็นพิษ				<.001*†
ใช่	9 (9.4)	6 (0.7)	15 (1.6)	
ไม่ใช่	87 (90.6)	861 (99.3)	948 (98.4)	
การคลอดก่อนกำหนด				<.001*†
ใช่	39 (40.6)	6 (0.7)	45 (4.7)	
ไม่ใช่	57 (59.4)	861 (99.3)	918 (95.3)	
เพศทารก				1.000
ชาย	46 (47.9)	418 (48.2)	464 (48.2)	
หญิง	50 (52.1)	449 (51.8)	499 (51.8)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05; † Fisher's exact test

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

ผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression analysis โดยนำตัวแปร 9 ตัวที่มีค่า p < .20 จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว เข้าสู่สมการด้วยวิธี Backward stepwise method พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 7 ปัจจัย เรียงตามขนาดของ Adjusted OR (Adj.OR) จากมากไปน้อย ดังนี้

1) การคลอดก่อนกำหนด มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนดถึง 123.64 เท่า (Adj.OR = 123.64; 95%CI = 39.31–388.91; p < .001)

2) ภาวะครรภ์เป็นพิษ มารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 13.56 เท่า (Adj.OR = 13.56; 95%CI = 2.67–68.77; p = .002)

3) จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง มารดาที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้งมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 10.74 เท่า (Adj.OR = 10.74; 95%CI = 4.83–23.89; p < .001)

4) น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม มารดาที่น้ำหนักขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัม มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 5.56 เท่า (Adj.OR = 5.56; 95%CI = 3.05–10.15; p < .001)

5) สถานภาพสมรส มารดาที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้างมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 5.27 เท่า (Adj.OR = 5.27; 95%CI = 1.81–15.31; p = .002)

6) ภาวะซีด มารดาที่มีภาวะซีดมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 3.41 เท่า (Adj.OR = 3.41; 95%CI = 1.72–6.75; p < .001)

7) อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ มารดาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 2.61 เท่า (Adj.OR = 2.61; 95%CI = 1.44–4.74; p = .002)

ส่วนปัจจัยด้านอาชีพรับจ้าง (p = .080) และโรคธาลัสซีเมีย (p = .324) ถูกคัดออกในขั้นตอน Backward stepwise เนื่องจากไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ด้วย Multiple Logistic Regression Analysis (Backward Stepwise Method)

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	p-value
การคลอดก่อนกำหนด (ใช่ vs ไม่ใช่)	98.18	39.90–241.58	123.64	39.31–388.91	<.001*
จำนวนครั้งฝากครรภ์ (< 5 ครั้ง vs ≥ 5 ครั้ง)	8.48	4.57–15.76	10.74	4.83–23.89	<.001*
น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (< 10 กก. vs ≥ 10 กก.)	4.71	3.02–7.34	5.56	3.05–10.15	<.001*
ภาวะครรภ์เป็นพิษ (ใช่ vs ไม่ใช่)	14.84	5.16–42.69	13.56	2.67–68.77	.002*
สถานภาพสมรส (หม้าย/หย่า vs สมรส)	4.62	2.25–9.49	5.27	1.81–15.31	.002*
ภาวะซีด (มี vs ไม่มี)	2.56	1.57–4.16	3.41	1.72–6.75	<.001*
อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก (หลัง 12 wks. vs ก่อน 12 wks.)	1.92	1.25–2.95	2.61	1.44–4.74	.002*

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression ด้วยวิธี Backward stepwise method โดยนำตัวแปร 9 ตัวที่มี p-value < .20 จาก Univariable analysis เข้าสู่สมการ; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1.การคลอดก่อนกำหนด

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (Adj.OR = 123.64; 95%CI = 39.31–388.91; p < .001) ทั้งนี้เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์จะมีระยะเวลาในการเจริญเติบโตภายในครรภ์ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะใน

ไตรมาสที่สามซึ่งเป็นช่วงที่ทารกมีการเพิ่มน้ำหนักตัวอย่างรวดเร็วที่สุด[14] และยังสอดคล้องกับหลายการศึกษา ได้แก่ การศึกษาของ ระจิตร ชาครียวณิชย์ [15] ที่ศึกษาในเขตสุขภาพที่ 5 (Adj.OR = 8.07; p < .001) วีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ์ [16] ที่ศึกษาที่โรงพยาบาลสะเมิง (95%CI = 6.42–28.14; p < .001) นิตยา พวงราช [17] ที่ศึกษาที่อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (95%CI = 1.98–13.32; p = .001) และ Adugna และคณะ [18] ที่ศึกษาในเอธิโอเปีย (95%CI = 15.3–93.0; p < .001) ทั้งหมดพบว่าการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

ทั้งนี้ การศึกษาปัจจุบันพบค่าความเสี่ยงสูงกว่าการศึกษาอื่น อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มควบคุมมีน้อยมาก (ร้อยละ 0.7) ทำให้ช่วงความเชื่อมั่นกว้าง อย่างไรก็ตาม ทิศทางของความสัมพันธ์เป็นไปในแนวเดียวกันกับทุกการศึกษา

2. ภาวะครรภ์เป็นพิษ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงเป็นอันดับสองต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โดยมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 13.56 เท่า (Adj.OR = 13.56; 95%CI = 2.67–68.77; p = .002) ด้วยภาวะครรภ์เป็นพิษทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงรก ส่งผลให้เลือดที่ไหลเวียนผ่านรกลดลง ทารกจึงได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ นอกจากนี้ ภาวะครรภ์เป็นพิษยังอาจนำไปสู่ความจำเป็นที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดเพื่อความปลอดภัยของมารดา[14] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Ruan และคณะ[19] ที่รายงานว่าภาวะครรภ์เป็นพิษมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk) สูงถึง 13.21 ในทารกที่ครบกำหนด รวมทั้งสอดคล้องกับหลายการศึกษา ได้แก่ Arabzadeh และคณะ[20] (Adj.OR = 3.90 ;95%CI = 2.73–5.58) วีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ์[16] ที่โรงพยาบาลสะเมิง (Adj.OR=4.88; 95%CI = 1.14–20.89; p = .032) และ Adugna และคณะ [18] (Adj.OR=2.6; 95%CI = 1.1–6.4; p < .05) โดยจะพบความเสี่ยงอยู่ประมาณ 2.6-13.2 เท่า ทั้งนี้การศึกษานี้พบความเสี่ยงสูง อาจเป็นผลมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมีจำนวนน้อย (15 ราย) ทำให้ช่วงความเชื่อมั่นกว้าง

3. จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง

การฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยมารดาที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้งมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 10.74 เท่า (Adj.OR = 10.74; 95%CI = 4.83–23.89; p < .001) ด้วยการเข้าถึงบริการฝากครรภ์เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับตัวกลาง (intermediary determinant) ซึ่งทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างสถานะทางสังคมเศรษฐกิจของมารดากับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ดังนั้นมารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์จะพลาดโอกาสในการคัดกรองภาวะเสี่ยง การได้รับยาบำรุงครรภ์ การติดตามน้ำหนักตัว และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน [21]

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับ ได้แก่ วีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ์ [16] (aOR=5.04; 95%CI = 1.87–13.60; p = .001) ระจิตร ชาครียวณิชย์ [15] (Adj.OR=1.41; p < .001) สมเกียรติ พยุหเสนารักษ์ และโสพิศ ปุรินทราภิบาล [22] (OR=7.92; 95%CI = 2.916–21.529; p = .001) Safitri และคณะ[23] (Adj.OR=1.86; 95%CI = 1.44–2.42) และ Arabzadeh และคณะ [20] ที่รายงานว่าการฝากครรภ์เป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ที่ช่วยลดความเสี่ยง (OR = 0.47; 95%CI = 0.37–0.62) รวมทั้งยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Engdaw และคณะ [24] ซึ่งพบว่าการฝากครรภ์มีผลป้องกันการเกิดทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญ

4. น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม

มารดาที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัมมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 5.56 เท่า (Adj.OR = 5.56; 95%CI =

3.05–10.15; p < .001) ทั้งนี้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นไม่เพียงพอสะท้อนถึงภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมของมารดา ซึ่งส่งผลให้สารอาหารที่ส่งผ่านไปยังทารกผ่านทางรกไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ โดยมารดาที่มีน้ำหนักปกติควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่าง 11.5 ถึง 16 กิโลกรัม[14]

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับ ได้แก่ อรพินท์ กอสนาน[25] ที่พบว่าน้ำหนักเพิ่มขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (p = .006) สมเกียรติ พยุหเสนารักษ์และโสพิศ ปุรินทราภิบาล[22] (OR=12.887; 95%CI = 3.644–45.578; p = .001) และวีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ์[16] (Adj.OR=3.03; 95%CI = 1.54–5.94; p = .001) อย่างไรก็ตาม รุ่งนภา รู้ชอบ และคณะ[26] ไม่พบความสัมพันธ์ในตัวแปรนี้ (OR = 1.47; p = .566) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลศิริราชซึ่งมีระบบการดูแลโภชนาการที่เข้มงวดกว่า

5. สถานภาพสมรส

มารดาที่มีสถานภาพหม้ายหรือหย่าร้างมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 5.27 เท่า (Adj.OR = 5.27; 95%CI = 1.81–15.31; p = .002) สถานภาพสมรสถือเป็นตัวแทน (proxy indicator) ของการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ มารดาที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้างมักขาดการสนับสนุนทางการเงินและอารมณ์ จึงมีแนวโน้มที่จะละเลยการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้การรับบริการฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ ภาวะเครียดเรื้อรัง ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลสูง ซึ่งมีผลลดเลือดที่ไปเลี้ยงรกและส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารก[21] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ Arabzadeh และคณะ ที่ระบุว่าปัจจัยทางจิตสังคม รวมถึงการขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย [20]

6. ภาวะซีด

มารดาที่มีภาวะซีด (Hct < 33% หรือ Hb < 11 g/dL) มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 3.41 เท่า (Adj.OR = 3.41; 95%CI = 1.72–6.75; p < .001) กลไกที่อาจอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวคือ ฮีโมโกลบินมีหน้าที่ขนส่งออกซิเจนผ่านรกไปยังทารก ภาวะซีดจึงทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ส่งถึงทารกลดลง ส่งผลกระทบต่อกระบวนการเมแทบอลิซึมและการเพิ่มจำนวนเซลล์ของทารก ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction) ในที่สุด[14] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับนิตยา พวงราช [17] (Adj.OR=3.12; 95%CI = 1.47–6.62; p = .003) Devaguru และคณะ [27] ที่พบว่าภาวะซีดรุนแรง (Hb < 7 g/dL) มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย (p < .001) และ Arabzadeh และคณะ [20] (OR=1.32; 95%CI = 1.13–1.55) อย่างไรก็ตามการศึกษาของอุษาวดี จะระนิล และคณะ [28] ที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (p = .405) และวีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ์ [16] ที่โรงพยาบาลสะเมิง (p = .503) ไม่พบความสัมพันธ์นี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากเกณฑ์การนิยามภาวะซีดที่ต่างกัน หรือขนาดตัวอย่างของกลุ่มที่มีภาวะซีดมีจำนวนน้อยเกินไป

7. อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์

มารดาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า 2.61 เท่า (Adj.OR = 2.61; 95%CI = 1.44–4.74; p = .002) ด้วยการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรก (Early ANC) เป็นโอกาสสำคัญในการประเมินอายุครรภ์ที่แม่นยำ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เนิ่นๆ ให้ยาบำรุงครรภ์ เสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก และให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ มารดาที่มาฝากครรภ์ล่าช้าจะพลาดโอกาสเหล่านี้ ซึ่งล้วนมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ [21] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ์ [16] ที่พบว่ามารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มีความเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น (Adj.OR=1.87; 95%CI = 1.03–3.40; p = .041) และสอดคล้องกับ Engdaw และคณะ[24] ที่พบว่าการเริ่มฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรกมีผลป้องกันการเกิดทารกน้ำหนักน้อย

สรุป การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 963 ราย ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 7 ปัจจัย ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม สถานภาพหม้ายหรือหย่าร้าง ภาวะซีด และอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ ปัจจัยส่วนใหญ่ที่ค้นพบจัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factors) ซึ่งสามารถแก้ไขได้ผ่านการพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์คุณภาพ การส่งเสริมโภชนาการมารดา และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษานี้จึงอาจเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีบริบทใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบการฝากครรภ์เชิงรุก (proactive antenatal care) โดยกำหนดเป้าหมายให้สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และรับบริการครบ 5 ครั้งขึ้นไป ทั้งนี้ควรบูรณาการกับเครือข่ายสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้การค้นหาและติดตามกลุ่มเป้าหมายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) สำหรับการคัดกรองและเฝ้าระวังสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองภาวะซีด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และสัญญาณเตือนการคลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก

3) ควรส่งเสริมโภชนาการอย่างเข้มข้นในสตรีตั้งครรภ์ โดยจัดให้มีโปรแกรมให้ความรู้ด้านโภชนาการและติดตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยใช้กราฟโภชนาการเป็นเครื่องมือติดตามในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ร่วมกับการให้ยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซีด

4) ควรพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม โดยเฉพาะมารดาที่มีสถานภาพหม้ายหรือหย่าร้าง โดยจัดให้มีระบบสนับสนุนทางจิตใจ (Psychosocial support) ในคลินิกฝากครรภ์ ได้แก่ การจัดกลุ่มสนับสนุน การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา และการส่งต่อไปยังนักสังคมสงเคราะห์กรณีจำเป็น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) การศึกษาในอนาคตควรใช้รูปแบบการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (prospective cohort study) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของปัจจัยที่ค้นพบ ทั้งนี้ควรรวมตัวแปรที่ไม่สามารถเก็บจากเวชระเบียนได้ เช่น ภาวะเครียดและซึมเศร้า พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับกลไกการเกิดภาวะดังกล่าว

2) ควรทำการศึกษาแบบหลายสถานพยาบาล (Multicenter study) ในเขตสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลไปใช้ในวงกว้าง และเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาลในบริบทที่หลากหลาย รวมทั้งควรศึกษาผลของโปรแกรมการแทรกแซง ที่มุ่งเน้นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ทั้ง 7 ปัจจัย เพื่อประเมินประสิทธิผลในการลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1.WHO.(2014). Global nutrition targets 2025: Low birth weight policy brief (Internet) Geneva: World Health Organization; 2014 [cited February 21, 2026]. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9eda9329-059e-4515-8dec-aa2ba2158674/content.

2.Agbozo F, Abubakari A, Der J, Jahn A.(2016). Prevalence of low birth weight, macrosomia and stillbirth and their relationship to associated maternal risk factors in Hohoe Municipality, Ghana. Midwifery 2016;40:200-6. doi:https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.016.

3.Jana A, Saha UR, Reshmi RS, Muhammad T.(2023). Relationship between low birth weight and infant mortality: evidence from National Family Health Survey 2019-21, India. Archives of public health = Archives belges de sante publique 2023;81(1):28. doi:10.1186/s13690-023-01037-y. pmcid:PMC9942291.

4.WHO.(2026). Low birth weight (Internet): World Health Organization; [cited February 21, 2026]. Available from: https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight.

5.Mathewson KJ, Chow CH, Dobson KG, Pope EI, Schmidt LA, Van Lieshout RJ.(2017). Mental health of extremely low birth weight survivors: A systematic review and meta-analysis. Psychological bulletin 2017;143(4):347-83. doi:10.1037/bul0000091.

6.Sicuri E, Bardají A, Sigauque B, Maixenchs M, Nhacolo A, Nhalungo D, et al.(2011). Costs associated with low birth weight in a rural area of Southern Mozambique. PloS one 2011;6(12):e28744. doi:10.1371/journal.pone.0028744. pmcid:PMC3236214.

7.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2565). อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Rate) ระดับเขตสุขภาพ: ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม; 2565 [cited 21 กุมภาพันธ์ 2569]. Available from: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr.

8.Kale PL, Fonseca SC.(2023). Intrauterine growth restriction, prematurity, and low birth weight: risk phenotypes of neonatal death, Rio de Janeiro State, Brazil. Cadernos de saude publica 2023;39(6):e00231022. doi:10.1590/0102-311xpt231022. pmcid:PMC10547104.

9.Sania A, Spiegelman D, Rich-Edwards J, Hertzmark E, Mwiru RS, Kisenge R, et al.(2015). The contribution of preterm birth and intrauterine growth restriction to childhood undernutrition in Tanzania. Maternal & child nutrition 2015;11(4):618-30. doi:10.1111/mcn.12123. pmcid:PMC4300290.

10.ประตินพ น้อยนาค.(2563). การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2563;29(1):2-14.

11.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์.(2554). การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.

12.ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลโพธาราม.(2568). สถิติทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลโพธาราม ปีงบประมาณ 2565-2567 (ฐานข้อมูลเวชระเบียนภายในหน่วยงาน). ราชบุรี: โรงพยาบาลโพธาราม; 2568.

13.Schlesselman JJ.(1982). Case-control studies: design, conduct, analysis: Oxford university press; 1982.

14.Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM.(2022). Williams Obstetrics 26th, editor: McGraw-Hill Education; 2022.

15.ระจิตร ชาครียวณิชย์.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563;34(3):1-17.

16.วีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ์.(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่โรงพยาบาลสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2565;13(1):30-46.

17.นิตยา พวงราช.(2560). ปัจจัยเสี่ยงของมารดากับทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(2):346-51.

18.Adugna DG, Worku MG.(2022). Maternal and neonatal factors associated with low birth weight among neonates delivered at the University of Gondar comprehensive specialized hospital, Northwest Ethiopia. Frontiers in pediatrics 2022;10:899922.

19.Ruan X, Chen K, Li Z, Wei J, Chen Y, Zou Q, et al.(2025). The impact of maternal health and lifestyle on low birth weight: a prospective cohort study. Italian Journal of Pediatrics 2025;51(1):217.

20.Arabzadeh H, Doosti-Irani A, Kamkari S, Farhadian M, Elyasi E, Mohammadi Y.(2024). The maternal factors associated with infant low birth weight: an umbrella review. BMC Pregnancy and Childbirth 2024;24(1):316.

21.Solar O, Irwin A.(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO Document Production Services; 2010.

22.สมเกียรติ พยุหเสนารักษ์, โสพิศ ปุรินทราภิบาล.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(3):497-507.

23.Safitri HO, Fauziningtyas R, Indarwati R, Efendi F, McKenna L.(2022). Determinant factors of low birth weight in Indonesia: Findings from the 2017 Indonesian demographic and health survey. Journal of pediatric nursing 2022;63:e102-e6. doi:10.1016/j.pedn.2021.10.005.

24.Engdaw GT, Tesfaye AH, Feleke M, Negash A, Yeshiwas A, Addis W, et al.(2022). Effect of antenatal care on low birth weight: a systematic review and meta-analysis in Africa, 2022. Frontiers in Public Health 2023;11:1158809.

25.อรพินท์ กอสนาน.(2556). ผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2556;30(4):287-99.

26.รุ่งนภา รู้ชอบ, นิตยา สินสุกใส, วรรณา พาหุวัฒนกร, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร.(2558). ปัจจัยทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2558;33(3):18-29.

27.Devaguru A, Gada S, Potpalle D, Eshwar MD, Purwar D. The prevalence of low birth weight among newborn babies and its associated maternal risk factors: a hospital-based cross-sectional study. Cureus 2023;15(5).

28.อุษาวดี จะระนิล, ถวัลย์ เนียมทรัพย์, ปรเมษฐ์ จินา.(2557). ปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู. ใน รายงานการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 15 (หน้า 1-11): บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Associated with Occupational Burnout among Professional Nurses in a Community Hospital, Kalasin Province.

(Received: April 8,2026 ; Revised: April 14,2026 ; Accepted: April 21,2026)

วาสนา นาชัยเริ่ม[1] ธันวา ใจเที่ยง[2] ธีรนาถ สุวรรณเรือง[2]
Wasana nachaireim[1] Tunwa Chaitieang[2] Theeranat Suwanaruang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ให้ข้อมูล 12 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจจำนวน 72 ราย โดยมุ่งความหลากหลายสูงสุด ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพ จาก 8 หน่วยงาน (ER, OPD, เวช กรรมชุมชน, ห้องผ่าตัด, ห้องคลอด, ตึกกึ่งวิกฤต, ตึกผู้ป่วยในชาย, ตึกผู้ป่วยในหญิง) และสหวิชาชีพ 4 ราย (แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด) มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ครอบคลุม 3 รุ่น (Gen X, Y, Z) อายุ 24–58 ปี ประสบการณ์ 3–34 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามแนวทางของ Graneheim และ Lundman ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ Lincoln และ Guba

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายจำนวน 18 ประการ จัดเป็น 5 หมวดที่ เชื่อมโยงกันเป็นระบบนิเวศ ได้แก่ (1) ภาระงานหนักและความซับซ้อนของงาน (2) การขาดทรัพยากร (3) ความสัมพันธ์และการสื่อสาร (4) ระบบและนโยบาย และ (5) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว โดย ภาพรวมสามารถอธิบายได้สอดคล้องกับทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากร (COR) และแบบจำลองความ ต้องการงาน–ทรัพยากรงาน (JD-R) โดยค้นพบแนวคิดใหม่ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่าย 6 แนวคิด ได้แก่ งานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วย ภาระซ้อนทับจากความใกล้ชิดชุมชน ศักดิ์ศรีวิชาชีพ ปัจจัยซ่อน ความรุนแรงที่ถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ และระยะห่างทางสังคม ผลการนี้วิจัยเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะเหนื่อยหน่ายในบริบทโรงพยาบาลชุมชนไทย

คำสำคัญ: ภาวะเหนื่อยหน่าย, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

This study was survey esearch, using qualitative data collection aimed to explore factors associated with job burnout among professional nurses in a 120-bed M2 community hospital in Kalasin Province, Thailand. It employed an exploratory approach using qualitative data collection and analysis. A total of 12 key informants were purposively selected through maximum variation sampling from 72 survey respondents. Participants comprised eight professional nurses from eight units and four multidisciplinary professionals, including a physician, a pharmacist, a medical technologist, and a physical therapist. The informants included both male and female participants across three generations (Generation X, Generation Y, and Generation Z), aged 24–58 years, with 3–34 years of work experience. Data were collected through in-depth interviews, observations, and a focus group discussion based on methodological triangulation. Data were analyzed using content analysis following Graneheim and Lundman, and trustworthiness was established according to Lincoln and Guba's criteria.

---

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

The study found 18 factors related to burnout, categorized into 5 interconnected ecosystems: (1) heavy workload and job complexity, (2) lack of resources, (3) relationships and communication, (4) systems and policies, and (5) personal and family factors. Overall, these factors are consistent with the Conservation of Resources (COR) theory and the Job-Resource Needs (JD-R) model. Six novel concepts related to burnout were discovered: hidden paperwork behind patient care, overlapping burden from community proximity, professional dignity, hidden factors, normalized violence, and social distance. The research provides a foundation for developing a burnout surveillance and prevention system in the context of Thai community hospitals.

Keywords: Burnout, Professional Nurses, Community Hospitals, Contributing Factors

บทนำ

ภาวะเหนื่อยหน่ายในงาน (Burnout) ของพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหาสำคัญระดับสากล จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2564 พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั่วโลกร้อยละ 20-30 มีภาวะเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน[1] โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ในประเทศไทย พบว่าพยาบาลวิชาชีพประมาณร้อยละ 36 ประสบภาวะเหนื่อยหน่าย ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง[18] ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตยืนยันว่าอัตราภาวะเหนื่อยหน่ายในบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 2.7 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 4.7 ในปี 2564 และร้อยละ 12.2 ในปี 2565 โดยบางช่วงสูงถึงร้อยละ 18.4[3] ขณะที่สถิติจากสภาการพยาบาลพบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (2554-2564) การลาออกจากงานของพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.5 ต่อปี มีจำนวนมากถึง 8,567 คนในปี 2564 คิดเป็น 1 ใน 4 ของการลาออกในภาพรวมของบุคลากรทางการแพทย์[4] พยาบาลลาออกจากระบบเฉลี่ยปีละ 7,000 คน ขณะที่ผลิตใหม่ปีละประมาณ 10,000 คน ส่งผลให้สัดส่วนพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ 1:406 คน[5]

สำหรับโรงพยาบาลกมลาไสย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบการลาออกของพยาบาลถึง 4 คนจากพยาบาลทั้งหมด 108 คน ในปีงบประมาณ 2560-2567[6]นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลมีปัญหาสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าบุคลากรกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ได้แก่ ภาวะอ้วนร้อยละ 35.6 เบาหวานร้อยละ 8.2 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 31.5 และความเครียดสูงกว่าปกติร้อยละ 37.0 เมื่อเทียบกับแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 20-25[7]

แม้จะมีนโยบายและความพยายามแก้ไขปัญหามากมาย ทั้งแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2565-2570 ของกระทรวงสาธารณสุขแผนยุทธศาสตร์การพยาบาลแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2569 แต่ปัญหาภาวะเหนื่อยหน่ายยังคงอยู่[8] อาจเนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งอาจไม่สามารถเข้าถึงมิติเชิงลึกของภาวะเหนื่อยหน่ายในบริบทวัฒนธรรมไทยได้[10,11]

การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจาก 3 แหล่งตามหลักการตรวจสอบสามเส้าของ Denzin[15] โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากร (COR Theory)[12]แบบจำลองภาระงาน-ทรัพยากร (JD-R Model)[13] กรอบแนวคิดอันตรายทางจิตสังคม (NIOSH Psychosocial Hazards)[14] และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Symbolic Interactionism`)[25] เพื่ออุดช่องว่างทางวิชาการและสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบดูแลสุขภาวะพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ ใน

โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 รายคัดเลือกโดยวิธีเจาะจงที่มีความหลากหลาย สูงสุด (Maximum Variation Purposive Sampling) จากบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจจำนวน 72 ราย ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพ 8 รายจาก 8 หน่วยงาน และสหวิชาชีพ 4 ราย (แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด) มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ครอบคลุม 3 รุ่น (Gen X, Y, Z) อายุ 24-58 ปี ประสบการณ์ 3 - 34 ปี

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการ (Methodological Triangulation) จาก 3 แหล่ง ได้แก่ (1) การสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ราย ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ระยะเวลา 45-60 นาทีต่อราย (2) การร่วมสังเกตการณ์ใน 8 หน่วยงาน จำนวน 16 ครั้ง ครอบคลุมเวรเช้า บ่าย และดึก รวม 48 ชั่วโมง และ (3) การสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วม 12 ราย ระยะเวลา 120 นาที วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตาม Graneheim และ Lundman[16] ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ Lincoln และ Guba[17]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยขออนุญาต จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ KLS.REC 550/2568 ออก ณ. วันที่ วันที่รับรอง 29 ตุลาคม 2568 สิ้นสุดการรับรอง 29 ตุลาคม 2569 ผู้วิจัยได้อนุญาตและขอความเคารพในส่วนบุคคล ของ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อตอบแบบสอบถามในการวิจัยตามความสมัครใจ

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย แบ่งเป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 8 ราย และกลุ่มสหวิชาชีพ 4 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (11 ราย) มีช่วงอายุระหว่าง 24-58 ปี ประสบการณ์ 3-34 ปี ครอบคลุม 3 รุ่น (Gen X 3 ราย, Gen Y 6 ราย, Gen Z 3 ราย) จาก 8 หน่วยงาน

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ราย การร่วมสังเกตการณ์ 16 ครั้ง รวม 48 ชั่วโมง และการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายทั้งสิ้น 18 ปัจจัยใน 5 หมวด ที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบนิเวศของภาวะเหนื่อยหน่าย โดยค้นพบแนวคิดใหม่จากผู้ให้ข้อมูล 6 แนวคิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ภาระงานหนักและความซับซ้อนของงาน

ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเกินอัตรากำลัง (ความอิ่มตัว 11/12) เวรถี่/เวรซ้ำซ้อน (5/12) งานเอกสาร (4/12) และภาระซ้อนทับจากความใกล้ชิดชุมชน (2/12) หมวดนี้เป็นปัจจัยที่มีความอิ่มตัวสูงสุด ข้อมูลจากทั้ง 3 แหล่งสอดคล้องกันอย่างชัดเจนว่าภาระงานหนักเป็นแกนกลางที่ขับเคลื่อนภาวะเหนื่อยหน่าย อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงถึง 1:11ดังที่พยาบาลตึกผู้ป่วยชายกล่าวว่า "บางวันดูแลคนไข้ 9-11 คนต่อพยาบาล 1 คน ทำให้รู้สึกว่าเวลาไม่พอ ทำอะไรก็รีบ ๆ กลัวพลาด" (RN07) สนทนากลุ่มเผยแนวคิดใหม่ งานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วย (Secret Work) คือภาระงานเอกสารที่ไม่ถูกนับเป็นภาระงานอย่างเป็นทางการ ดังที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกกล่าวว่า "งานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วย" (RN02)

หมวดที่ 2 การขาดทรัพยากร

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ อุปกรณ์ไม่เพียงพอหรือชำรุด (7/12) ค่าตอบแทนไม่สมดุล (3/12 ในสัมภาษณ์ แต่ขยายเป็นฉันทามติ 12/12 ในสนทนากลุ่ม) และสวัสดิการที่พักไม่เพียงพอ

(2/12) ข้อค้นพบเรื่องค่าตอบแทนเป็นปัจจัยซ่อน (Hidden Factor) ที่ต้องมีพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจจึงกล้าเปิดเผย ชี้ว่าหากใช้เพียงการสัมภาษณ์อย่างเดียวจะไม่พบประเด็นอ่อนไหวนี้ การสังเกตพบอุปกรณ์ติดเทปพันแผลซ่อม เครื่องวัดความดัน 1 เครื่องต่อผู้ป่วย 11 ราย สะท้อนแนวคิดศักดิ์ศรีวิชาชีพ (Professional Dignity) ที่การขาดแคลนอุปกรณ์กระทบต่อความภาคภูมิใจในความเป็นมืออาชีพ

หมวดที่ 3 ความสัมพันธ์และการสื่อสาร

ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ช่องว่างระหว่างรุ่น (4/12) ความแตกต่างในแนวทางการรักษาของแพทย์ (2/12) ความรุนแรงที่ถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ (Normalized Violence) (2/12) ความขัดแย้งข้ามวิชาชีพ (4/12) และระยะห่างทางสังคม (Social Distance) (2/12 โดยเป็นความเห็นจากสหวิชาชีพทั้ง 2 คน) หมวดนี้เป็นหมวดที่มีความซับซ้อนมากที่สุด โดยเฉพาะข้อค้นพบเรื่องความรุนแรงที่ถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ ที่พยาบาลทั้ง 8 คนไม่มีรายใดใช้คำว่า "ความรุนแรง" แต่นักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นสหวิชาชีพกลับเป็นผู้ใช้คำนี้ สะท้อนว่าผู้ถูกกระทำโดยตรงกลับไม่มองประสบการณ์ของตนว่าเป็นความรุนแรง ต้องอาศัยมุมมองจากภายนอกจึงจะเห็นและมองความรุนแรงเป็นเรื่องปกติ

หมวดที่ 4 ระบบและนโยบาย

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การถดถอยของทักษะจากการถูกย้ายนอกสาขา (2/12) ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ (1/12 แต่ขยายผลในสนทนากลุ่ม) และความก้าวหน้าในวิชาชีพที่จำกัด (1/12) ดังที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกกล่าวว่า "ทำมา 32 ปี ความก้าวหน้าถูกปิดกั้นจาก 100 เหลือ 80 ทำได้แต่ไม่มีใจ" (RN02) สะท้อนรอยร้าวแห่งความผูกพันระหว่างพยาบาลกับองค์กร

หมวดที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ภาระครอบครัว (4/12) ความเชื่อที่เป็นขีดจำกัดตนเอง (1/12 แต่ขยายผลอย่างมากในสนทนากลุ่ม)และช่องว่างดิจิทัล(1/12) ข้อค้นพบเรื่องความเชื่อที่เป็นขีดจำกัดตนเอง เผยให้เห็น 4 กำแพงในใจ ได้แก่ กำแพงอายุ กำแพงทักษะ กำแพงสายตา และกำแพงเปรียบเทียบ ทางออกเกิดจากผู้ให้ข้อมูลเอง คือสะพานระหว่างรุ่น ดังที่พยาบาลห้องคลอดเสนอว่า "น้องสอนพี่เรื่องคอมฯ พี่สอนน้องเรื่องคลินิก" (RN05)

ปัจจัยทั้ง 18 ประการเชื่อมโยงกันเป็นพลวัต ภาระงานสูง (11/12) ทวีความรุนแรงเมื่อขาดทรัพยากร (7/12) ขณะที่ความขัดแย้งในการสื่อสารข้ามวิชาชีพและช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติย้อนกลับไปเพิ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ สร้างวงจรป้อนกลับ ที่ไม่สิ้นสุด

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่าย (18 ปัจจัย ใน 5 หมวด)

หมวด/ปัจจัย	ความอิ่มตัว	แหล่งยืนยัน	ข้อค้นพบใหม่/สิ่งที่พบ
1. ภาระงานหนักและความซับซ้อน (4 ปัจจัย)			
ผู้ป่วยเกินอัตรากำลัง	11/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	อัตราส่วน 1:11 สูงเกินมาตรฐาน
เวรถี่/เวรซ้ำซ้อน	5/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ผลกระทบทางฮอร์โมน/ร่างกาย
งานเอกสาร	4/12	สัมภาษณ์+สังเกต +สนทนากลุ่ม	งานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วย
ภาระซ้อนทับจากความใกล้ชิดชุมชน	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ข้อค้นพบใหม่: ความใกล้ชิดชุมชนกลายเป็นภาระ

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่าย (18 ปัจจัย ใน 5 หมวด)

หมวด/ปัจจัย	ความอิ่มตัว	แหล่งยืนยัน	ข้อค้นพบใหม่/สิ่งที่พบ
2. การขาดทรัพยากร (3 ปัจจัย)			
อุปกรณ์ไม่เพียงพอ/ชำรุด	7/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ศักดิ์ศรีวิชาชีพ กระทบความภาคภูมิใจ
ค่าตอบแทนไม่สมดุล	3/12	สัมภาษณ์+สนทนากลุ่ม	ปัจจัยซ่อน ต้องมีพื้นที่ปลอดภัยจึงกล้าพูด
สวัสดิการที่พักไม่เพียงพอ	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต	บ้านพักทรุดโทรม ห้องพักเวรร้อนอบอ้าว กระทบการพักผ่อน
3. ความสัมพันธ์และการสื่อสาร (5 ปัจจัย)			
ช่องว่างระหว่างรุ่น	4/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	Gen Z อดทนน้อยกว่า มีทางเลือกมากกว่า
ความแตกต่างแนวทางรักษาของแพทย์	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต	ภาระอารมณ์จากการปรับตัวตามแพทย์
ความรุนแรงที่ถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ข้อค้นพบใหม่: พยาบาลไม่เห็นว่าเป็นความรุนแรง
ความขัดแย้งข้ามวิชาชีพ	4/12	สัมภาษณ์+สังเกต +กลุ่มสนทนากลุ่ม	ปัญหาเชิงระบบ ไม่ใช่ระดับบุคคล
ระยะห่างทางสังคม	2/12	สังเกต+สนทนากลุ่ม	ข้อค้นพบใหม่: กำแพงมองไม่เห็นระหว่างวิชาชีพ
4. ระบบและนโยบาย (3 ปัจจัย)			
การถดถอยของทักษะ	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต	มอบหมายนอกสาขา ไม่มีพี่เลี้ยง
ช่องว่างนโยบาย-ปฏิบัติ	1/12ขยายผล	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	นโยบายมีรูปแบบ แต่ขาดแนวทาง
ความก้าวหน้าจำกัด	1/12	สัมภาษณ์+สังเกต	รอยร้าวแห่งความผูกพันกับองค์กร
5. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (3 ปัจจัย)			
ภาระครอบครัว	4/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ต้องเลือกระหว่างแม่ที่ดี/พยาบาลที่ดี
ความเชื่อที่เป็นขีดจำกัดตนเอง	1/12ขยายมาก	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ข้อค้นพบใหม่: 4 กำแพงในใจ+สะพานระหว่างรุ่น
ช่องว่างทางดิจิทัล	1/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	น้องสอนพี่คอมฯ พี่สอนน้องคลินิก

หมายเหตุ: ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ความอิ่มตัวเชิงจำนวนไม่ใช่เกณฑ์เดียวในการตัดสินความสำคัญของข้อค้นพบ ปัจจัยที่มีความอิ่มตัวต่ำกว่า 5/12 ถูกรวมไว้เนื่องจาก (1) ได้รับการยืนยันจากการตรวจสอบสามเส้าจากหลายแหล่งข้อมูล (2) บางประเด็นเป็นเรื่องอ่อนไหวที่ต้องอาศัยพื้นที่ปลอดภัยจึงกล้าเปิดเผย (3) บางประเด็นต้องอาศัยมุมมองจากภายนอกจึงจะเข้าถึงได้ (4) บางประเด็นขยายผลอย่างมากในสนทนากลุ่มจนเกิดแนวคิดใหม่ และ (5) มีนัยสำคัญเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติสูง

จากตารางที่ 1 ปัจจัยทั้ง 18 ประการมีลักษณะเชื่อมโยงเป็นระบบนิเวศ โดยภาระงานสูง (11/12) ทวีความรุนแรงเมื่อขาดทรัพยากร (7/12) ขณะที่ความขัดแย้งในการสื่อสารข้ามวิชาชีพและช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติย้อนกลับไปเพิ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ สร้างวงจรป้อนกลับที่ไม่สิ้นสุด ข้อค้นพบใหม่ 6 แนวคิดชี้ว่าภาวะ

เหนื่อยหน่ายในบริบทโรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะเหนื่อยหน่ายในบริบทโรงพยาบาลชุมชนมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยลำพัง หากแต่เป็นผลของปัจจัยหลายด้านที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบนิเวศของภาวะเหนื่อยหน่าย ซึ่งภาระงานที่สูงและทรัพยากรที่จำกัดทำหน้าที่เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ สอดคล้องกับ Ge และคณะ[19] และ Aiken และคณะ[2] ที่ชี้ว่าภาระงานและอัตรากำลังไม่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะเหนื่อยหน่ายในพยาบาลทั่วโลก และอธิบายได้ผ่านทฤษฎี COR[12]และแบบจำลอง JD-R[13] ที่ชี้ว่าความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับทรัพยากรนำไปสู่กระบวนการบั่นทอนสุขภาพ สอดคล้องกับ อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ[20] สุปราณี ชูรัตน์ และคณะ[24] และ ศุภลักษณ์ ใจบุญ[21] ที่พบว่าภาระงานเป็นปัจจัยหลักต่อภาวะหมดไฟ

ข้อค้นพบเรื่องเวรซ้ำซ้อนมีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปริมาณทั่วไปที่มักวัดเพียงจำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้เผยให้เห็นว่าปัญหาคือรูปแบบของเวร เช่น เวรเช้าต่อบ่ายทำงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมง และเวร on call ซึ่งส่งผลกระทบทางร่างกายและอารมณ์ที่แบบสอบถามเชิงปริมาณไม่สามารถจับปรากฏการณ์นี้ได้

ข้อค้นพบเรื่องค่าตอบแทนเป็นปัจจัยซ่อน (Hidden Factor) ที่มีความอิ่มตัวต่ำในสัมภาษณ์ (3/12) แต่ขยายเป็นฉันทามติ 12/12 ในสนทนากลุ่ม ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่พบค่าตอบแทนเป็นปัจจัยหลักที่ผู้ตอบกล้าระบุได้ในแบบสอบถาม ความแตกต่างนี้เกิดจากลักษณะเฉพาะของวิธีการเก็บข้อมูล ชี้ว่าหากใช้เพียงวิธีเดียวจะไม่พบประเด็นอ่อนไหว ซึ่งเป็นคุณค่าของการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการ

ข้อค้นพบเรื่องระยะห่างทางสังคม (Social Distance) ที่สหวิชาชีพ 2 คนเป็นผู้พูดถึงแต่พยาบาลทั้ง 8 คนไม่มีรายใดพูดถึง สอดคล้องกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม10 ที่เมื่อไม่มีปฏิสัมพันธ์ข้ามวิชาชีพอย่างเพียงพอ จึงไม่มีกระบวนการสร้างความหมายร่วมกัน ส่วนข้อค้นพบเรื่องความเชื่อที่เป็นขีดจำกัดตนเอง 4 รูปแบบ เกินกว่าวรรณกรรมทั่วไปที่มักกล่าวถึงอายุเพียงตัวแปรเดียว แต่การวิจัยครั้งนี้เผยกลไกเชิงลึกว่าอายุส่งผลผ่านกรอบคิดอย่างไร

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังค้นพบปรากฏการณ์ใหม่ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ ข้อค้นพบแรกคือ ภาวะเหนื่อยหน่ายแบบยังทำงานได้ (Functional Burnout) หมายถึงภาวะที่พยาบาลยังปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดครบถ้วน แต่หัวใจของการพยาบาลค่อย ๆ เลือนหาย ดังที่หัวหน้าห้องฉุกเฉินสรุปว่า "80 เปอร์เซ็นต์ผ่านเกณฑ์ แต่ 20 ที่หายคือหัวใจของการพยาบาล" (RN01) ข้อค้นพบนี้เกินกว่านิยามเดิมของ Maslach[10] ที่ระบุว่าผลงานต้องลดลง แต่สอดคล้องกับ อรษา จีนนา และ ประพันธ์ วงศ์บางโพ[23]ที่พบว่าบุคลากรมีภาวะหมดไฟสูงแต่ประสิทธิภาพสูงเช่นกัน

ข้อค้นพบอีกประการคือ ความรักในวิชาชีพเคยเป็นแรงขับเคลื่อนกลับกลายเป็นสิ่งที่ทำให้เหนื่อยหน่าย (Passion Paradox) ที่ความรักในวิชาชีพเป็นทั้งปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงในบุคคลคนเดียว ดังที่พยาบาลเวชกรรมชุมชนสรุปว่า "ความหลงใหลเป็นทั้งเชื้อเพลิงและบ่วง" (RN03) ไม่สอดคล้องกับ Castillo-González และคณะ[24] ที่มองเพียงด้านเดียว แต่สอดคล้องกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม[25] ที่ความหมายของความรักในวิชาชีพเปลี่ยนตามบริบท องค์กรจึงต้องดูแลพยาบาลที่ทุ่มเทเป็นพิเศษ ไม่ใช่เฉพาะพยาบาลที่ท้อแท้

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนพิจารณาทบทวนการบริหารอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงานจริงมีการนับงานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นภาระงานอย่างเป็นระบบ จัดหาอุปกรณ์ที่มีคุณภาพให้เพียงพอพร้อมใช้งาน และการปรับปรุงบ้านพักและห้องพักเวรให้เหมาะสมตามบริบท

2) พิจารณาจัดกิจกรรมข้ามวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเปิดพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการสื่อสาร ลดระยะห่างทางสังคม

3) พิจารณาระบบเฝ้าระวัง Functional Burnout โดยเพิ่มตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ไม่พึ่งเพียงตัวชี้วัด เชิงปริมาณเพียงด้านเดียว และดูแลพยาบาลที่ทุ่มเทให้งานมากขึ้นเป็นพิเศษเพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Passion Paradox

4) แนะนำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในโรงพยาบาลชุมชนหลายพื้นที่เพื่อเปรียบเทียบปรากฏการณ์ข้ามบริบท และใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทดสอบแนวทางป้องกันในสถานการณ์จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เปิดใจแบ่งปันประสบการณ์อันมีคุณค่านี้ ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสยที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และขอบคุณ ผศ.ดร.ธันวา ใจเที่ยง และผศ.ดร.ธีรนาถ สุวรรณเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases
2. Aiken LH, Sloane DM, McHugh MD, Pogue CA, Lasater KB. A repeated cross-sectional study of nurses immediately before and during the COVID-19 pandemic: Implications for action. Nursing Outlook 2023;71(1):101903.
3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานการสำรวจสุขภาพจิตบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.
4.สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2565). แผนยุทธศาสตร์การพยาบาลแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2569. สืบค้นจาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/NM%20Strategic%20Plan.pdf วันที่ 20 กรกฎาคม 2568
5.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ก.พ. (2565). กำลังคนภาครัฐ 2565. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
6.ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกมลาไสย. (2565). รายงานสถิติอัตรากำลังและการคงอยู่ของบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย ปีงบประมาณ 2564. โรงพยาบาลกมลาไสย.
7.ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกมลาไสย. (2565). สรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลกมลาไสย ปีงบประมาณ 2564. โรงพยาบาลกมลาไสย.
8.เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, มิถุนายน). แนวโน้มการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2023/06/27788 สืบค้น20 มิ.ย.2568
9. ปิยะวดี สุมาลัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564;4(2):66-78.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981;2(2):99-113.
11. Maslach C, Leiter MP, Jackson SE. Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. J Organ Behav 2022;43:980-990.

12. Hobfoll SE, Halbesleben J, Neveu JP, Westman M. Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. Annu Rev Organ Psychol Organ Behav 2018;5:103-128.
13. Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel AI. Job demands-resources theory: Ten years later. Annu Rev Organ Psychol Organ Behav 2023;10:25-53.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Psychosocial hazards. National Institute for Occupational Safety and Health; 2021.10. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. Berkeley: University of California Press; 1969.
15. Denzin NK. The research act: A theoretical introduction to sociological methods. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004;24(2):105-112.
17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1985.
18. Ashipala DO, Nghole TM. Factors contributing to burnout among nurses at a district hospital in Namibia: A qualitative perspective of nurses. J Nurs Manag 2022;30:2982-2991.
19. Ge MW, Hu FH, Jia YJ, Tang W, Zhang WQ, Chen HL. Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis. J Clin Nurs 2023;32(17-18):5836-5854.
20. อภิรดี นันศุภวัตณ์ และคณะ. การสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น ภาวะหมดไฟ การมีส่วนร่วมในการทำงาน และความตั้งใจที่จะลาออกในหมู่พยาบาล. BMC Nursing 2567;23(1).
21. สุปราณี ชูรัตน์, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566;50(2):170-181.
22. ศุภลักษณ์ ใจบุญ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสาร Trends of Humanities and Social Sciences Research 2567;12(2):301-322.
23. อรษา จีนนา, ประพันธ์ วงศ์บางโพ. ภาวะหมดไฟที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. วารสารรามคำแหง ฉบับบัณฑิตวิทยาลัย 2567;7(2):75.
24. Castillo-González A, Velando-Soriano A, De La Fuente-Solana EI, et al. Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis. Int Nurs Rev 2024;71:160-167.
25. Gecas, Viktor; Tsushima, Teresa "Symbolic Interactionism ." International Encyclopedia of Marriage and Family. . Retrieved April 01, 2026 from Encyclopedia.com: https://www.encyclopedia.com/reference/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/symbolic-interactionism

ประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ต่อความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Effectiveness of Interactive Training on Knowledge of Colorectal Cancer Screening Using Fecal Occult Blood Testing Among Village Health Volunteers.

(Received: April 8,2026 ; Revised: April 12,2026 ; Accepted: April 14,2026)

อดุลกฤษณ์ นาต๊ะ[1]
Adulkrit Nata[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ตำบลแม่ระมาด จังหวัดตาก จำนวน 40 คน สุ่มแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการอบรมแบบบรรยาย กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการอบรม แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม และแบบประเมินทักษะในการคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ภายหลังการอบรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.40 ± 1.10 และ 14.25 ± 0.79 ตามลำดับ; $p < 0.001$) สำหรับด้านทักษะการคัดกรองเมื่อพิจารณาคะแนนรวมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาแยกรายหัวข้อพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็นการอธิบายวิธีการขับถ่ายเพื่อเตรียมตรวจด้วย FIT test การอธิบายและสาธิตการเก็บอุจจาระใส่ภาชนะเก็บตัวอย่าง และการเก็บตัวอย่างใส่ชุดน้ำยาทดสอบ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่มในด้านคะแนนความพึงพอใจภายหลังการทดลอง ($p = 0.078$)

คำสำคัญ: การอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of an interactive training program in enhancing knowledge and skills related to colorectal cancer screening using the FIT test among village health volunteers (VHVs). A quasi-experimental study was conducted among 40 VHVs in Mae Ramat, Tak. Participants were randomly assigned to either an experimental group receiving interactive training or a control group receiving lecture-based training (20 participants per group). Research instruments included a training program, a pre- and post-training knowledge test, and a skills assessment form for colorectal cancer screening. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics to compare knowledge scores within and between groups.

The results from the 40 participants showed that, after the training, the experimental group demonstrated significantly higher knowledge scores than the control group (17.40 ± 1.10 vs. 14.25 ± 0.79, respectively; $p < 0.001$). Regarding screening skills, the experimental group achieved significantly higher total scores compared with the control group ($p < 0.001$). When analyzed by individual components, the experimental group scored significantly higher in explaining bowel preparation for FIT, demonstrating stool collection using a container, and

[1] นายแพทย์ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ระมาด

collecting specimens using the FIT kit ($p < 0.05$). No statistically significant differences were observed between the two groups in basic knowledge explanation or in post-intervention satisfaction scores ($p = 0.078$).

Keywords: Interactive training, Village Health Volunteers (VHVs), Colorectal cancer screening, Fecal Immunochemical Test (FIT), Primary health care system.

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal Cancer: CRC) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั้งโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกถึง 2.2 ล้านราย และเสียชีวิตมากถึง 1.1 ล้านราย[2] ในประเทศไทยโรคนี้พบมากเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด[3] โดยในปี พ.ศ. 2563 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในทั้งสองเพศ โดยพบมากที่สุดในเพศชาย (ร้อยละ 20.7) และเป็นอันดับสองในเพศหญิง (ร้อยละ 12.2)[4] และมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีอายุ 50 ปีขึ้นไป[5] ซึ่งโรคนี้ส่งผลกระทบทั้งในด้านสุขภาพของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของครอบครัว รวมถึงภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ แม้ว่ามะเร็งชนิดนี้สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและมีโอกาสรักษาให้หายขาดหากได้รับการวินิจฉัยเร็ว แต่ในความเป็นจริงยังมีประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความตระหนัก และการเข้าถึงระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพในระดับปฐมภูมิ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์และผลักดันนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเน้นการใช้วิธีตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test: FIT) เป็นแนวทางหลักสำหรับกลุ่มประชากรอายุ 50–70 ปี โดยให้มีการตรวจซ้ำทุก 2 ปี[6] เนื่องจากเป็นวิธีที่มีขั้นตอนการเตรียมตัวไม่ซับซ้อน และสามารถให้บริการได้ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งช่วยลดภาระของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเพิ่มโอกาสในการตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังประสบปัญหาด้านกำลังคน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีบุคลากรไม่เพียงพอที่จะให้บริการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดได้ ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีจุดแข็งสำคัญคือเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับประชาชนในชุมชน ด้วยความใกล้ชิดกับชุมชนและความเข้าใจในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารสุขภาพ ให้คำแนะนำ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ[7] งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรอง ลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข และส่งเสริมการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8,9,10,11]

ถึงแม้ว่าการอบรมรูปแบบบรรยายจะเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระบบสาธารณสุข แต่มีข้อจำกัดในด้านการมีส่วนร่วมของผู้เรียน การนำไปประยุกต์ใช้จริง และการจดจำในระยะยาว[12] โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่มีพื้นฐานความรู้ด้านการแพทย์ไม่ลึก การเรียนรู้จากการบรรยายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการนำไปใช้สื่อสารต่อกับชุมชน ในทางตรงกันข้ามการอบรมแบบเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Training) ซึ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมการอบรมมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอภิปรายกลุ่ม กรณีศึกษา การลงมือปฏิบัติจริง การจำลองสถานการณ์ และการสื่อสารสองทาง ช่วยส่งเสริม

กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ทำให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงเนื้อหากับประสบการณ์จริง เข้าใจบริบทการนำไปใช้ และจดจำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[13,14] โดยพบหลากหลายงานวิจัยก่อนหน้าที่สนับสนุนว่าการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ ความพึงพอใจ และทักษะในการปฏิบัติงานได้ดีกว่าการอบรมแบบปกติ[15,16] อย่างไรก็ตามการศึกษาเชิงเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการอบรมดังกล่าวในบริบทของอสม. ในประเทศไทยยังมีอยู่น้อย

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้เชิงรุกทั้งในด้านเนื้อหาและการปฏิบัติจริง ในการเพิ่มพูนความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนพัฒนาระบบคัดกรองโรคมะเร็งในระดับปฐมภูมิ และยังสามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพ เพื่อสร้างระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพยั่งยืน และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) ในการเพิ่มพูนความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ ในการเพิ่มพูนความรู้ของ อสม. ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของอสม. หลังการเข้าร่วมอบรม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ กับกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบปกติ (Standard Training)

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์กับการอบรมแบบปกติในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในอสม. ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือน ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. ตำบลแม่ระมาด จังหวัดตาก จำนวน 40 คน ที่สามารถมาเข้าร่วมการอบรมคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test จำนวน 40 คน ณ ห้องประชุมชั้น 5 อาคารปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่ระมาด ในวันที่ 5 กันยายน 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรสำหรับเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างสองกลุ่มอิสระ (two independent proportions) ตามสูตรการคำนวณของ Bernard R[17] โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยของอำพิกา คันทาใจ และคณะ[11] ซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้เข้าร่วมที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการอบรมแบบปกติอยู่ที่ 0.6 (p_1 = 0.6) ขณะที่สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์อยู่ที่ 1.0 (p_2 = 1.0) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำลังของการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.85 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 17 คน และเผื่อการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

<u>เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)</u>

1. อสม. ที่ขึ้นทะเบียนในตำบลแม่ระมาด จังหวัดตาก ในช่วงที่ดำเนินการวิจัย

2. อายุระหว่าง 20–45 ปี

3. สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่าขึ้นไป

4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

5. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย ตอบคำถาม และกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

อสม. ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือดำเนินโครงการได้ครบถ้วนตามที่กำหนด

การสุ่มจัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่ม (Randomization)

ภายหลังคัดเลือกผู้เข้าร่วมครบตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดลำดับการจัดกลุ่ม จากนั้นบรรจุผลการสุ่มลงในซองจดหมายปิดผนึก (sealed envelope technique) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ ได้รับการอบรมในรูปแบบเชิงปฏิสัมพันธ์ (สัญลักษณ์ A) จำนวน 20 คนและ กลุ่มควบคุม คือ ได้รับการอบรมในรูปแบบปกติ (สัญลักษณ์ B) จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เหมาะสมต่อการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT test สำหรับอสม. โปรแกรมมุ่งเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของโรค ความสำคัญของการคัดกรอง วิธีการใช้ชุดตรวจ FIT การแปลผลเบื้องต้น และการถ่ายทอดความรู้แก่ชุมชน รูปแบบการจัดกิจกรรมประกอบด้วยการทดสอบความรู้ก่อนเรียน การบรรยายโดยวิทยากร การสาธิตวิธีการใช้ชุดตรวจ FIT test โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรม small group role play หลังจากนั้นจะได้รับการทดสอบความรู้หลังเรียน การประเมินทักษะในการคัดกรองและแบบทดสอบความพึงพอใจ สื่อการเรียนรู้ประกอบด้วยสไลด์นำเสนอ เอกสารประกอบการเรียน ตัวอย่างชุดตรวจ FIT test และแผ่นพับให้ความรู้เพื่อใช้เผยแพร่ต่อในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลของผู้ที่มาเข้าร่วมการอบรมโดยประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของอสม. จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และระยะเวลาการเป็นอสม.

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับตัวโรคเบื้องต้น และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นหัวข้อ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fit test) ข้อคำถามมีลักษณะเป็นปลายปิด มีคำตอบ 4 คำตอบ ให้เลือกเพียง 1 คำตอบที่ถูกต้อง ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test จำนวน 5 หัวข้อ ได้แก่ 1) อธิบายความรู้เบื้องต้นของโรคมะเร็งลำใส้ใหญ่และไส้ตรงได้ถูกต้อง 2) อธิบายความสำคัญของการคัดกรองด้วยวิธี FIT test ได้ถูกต้อง 3) อธิบายวิธีการขับถ่ายสำหรับการตรวจด้วยวิธี FIT test ให้ถูกต้อง 4) อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่กระปุกได้ถูกต้อง และ 5) อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่ชุดน้ำยาทดสอบได้ถูกต้อง โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องให้

1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ด้านกระบวนการและขั้นตอนการจัดกิจกรรม ด้านวิทยากร และด้านสถานที่และระยะเวลา โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ 5 หมายถึง ดีมาก, 4 หมายถึง ดี, 3 หมายถึง พอใช้, 2 หมายถึง ควรปรับปรุง และ 1 หมายถึง ต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน-หลังเรียน (pre-test, post-test) ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุมของประเด็น และความชัดเจนของคำถาม ผลการตรวจสอบพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 แสดงถึงระดับความตรงเชิงเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ดี แบบทดสอบมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลงทะเบียนและเชิญอสม.ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วม ผู้เข้าร่วมที่สมัครใจได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ สิทธิการเข้าร่วมและถอนตัว และลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนการทดสอบ

ผู้เข้าร่วมทั้งหมดถูกสุ่มจัดกลุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อสร้างลำดับแล้วบรรจุผลการสุ่มในซองปิดผนึก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม: 1) กลุ่มทดลอง (อบรมเชิงปฏิสัมพันธ์) และ 2) กลุ่มควบคุม (อบรมแบบบรรยาย) แต่ละกลุ่มมีผู้เข้าร่วม 20 คน ผู้เข้าร่วมไม่ทราบล่วงหน้าว่าตนอยู่กลุ่มใด ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบเฉพาะกำหนดการและสถานที่อบรมเท่านั้น

ในวันดำเนินการวิจัย ผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มทำแบบทดสอบก่อนการอบรม (pre-test) เพื่อประเมินระดับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการคัดกรองด้วย FIT test จากนั้นจึงเข้ารับการอบรมตามกลุ่มที่ได้รับการสุ่มจัด การอบรมจัดขึ้นในวันเดียวกัน ณ ห้องประชุมอาคารปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่ระมาด ทั้งสองกลุ่มได้รับเนื้อหาเอกสารประกอบการเรียน สื่อการสอน และวิทยากรชุดเดียวกัน รวมถึงใช้ระยะเวลาอบรมเท่ากัน โดยแตกต่างกันเฉพาะรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ดังนี้

<u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการอบรมในรูปแบบเชิงปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วยการบรรยายสั้นร่วมกับกิจกรรมกลุ่มย่อย การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (small group role play)

<u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการอบรมในรูปแบบการบรรยาย โดยวิทยากรนำเสนอเนื้อหาผ่านสไลด์ตามลำดับหัวข้อเดียวกับกลุ่มทดลอง ไม่มีการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยหรือกิจกรรมฝึกปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ซักถามในช่วงท้ายการบรรยายเท่านั้น

ภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม ผู้เข้าร่วมทุกคนทำแบบทดสอบหลังเรียน (post-test) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ เข้ารับการประเมินทักษะในการคัดกรองด้วยวิธี FIT test และแบบสอบถามความพึงพอใจหลังการอบรม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปและใช้สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรมภายใน

กลุ่มด้วยสถิติ paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ หรือ Wilcoxon signed-rank test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ และเปรียบเทียบคะแนนหลังการอบรมระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test หรือ Mann–Whitney U test ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการด้วยโปรแกรม STATA เวอร์ชัน 16 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เลขที่เอกสารรับรองจริยธรรม 037/2568 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของอสม.ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.00 และ 80.00 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 45.50 ± 11.70 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.60 ± 7.89 ปี ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.332) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เท่ากันทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 45.00) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.506) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.00 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.00 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.124) สำหรับโรคประจำตัวส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) และระยะเวลาการเป็นอสม. ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.15 ± 11.02 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 17.80 ± 12.66 ปี ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.223)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 10.10 ± 2.20 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.25 ± 2.53 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.133) แต่ภายหลังการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.40 ± 1.10 และ 14.25 ± 0.79 ตามลำดับ; p<0.001) สำหรับคะแนนความพึงพอใจภายหลังการทดลองคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองเท่ากับ 58.45 ± 2.35 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 59.50 ± 1.10 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.078) ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.10 ± 2.20 เพิ่มเป็น 17.40 ± 1.10; p<0.001) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.25 ± 2.53 เป็น 14.25 ± 0.79 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test หลังการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนรวมเต็ม 5 คะแนนของกลุ่มทดลอง (mean = 4.65, SD = 0.75) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 3.35, SD = 0.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) เมื่อพิจารณารายหัวข้อ พบว่าหัวข้อการอธิบายความรู้เบื้องต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการอธิบายความสำคัญของการคัดกรองด้วยวิธี FIT test กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.159 และ p = 0.304 ตามลำดับ) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหัวข้อการอธิบายวิธีการขับถ่ายสำหรับการตรวจด้วยวิธี FIT test (p = 0.018) การอธิบายและสาธิตวิธีการ

เก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่กระปุก (p = 0.003) และการอธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่ชุดน้ำยาทดสอบ (p = 0.017) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกหัวข้อดังกล่าว ดังตารางที่ 3

ภายหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ได้รับชุดคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวน 26 ชุด และมีการส่งคืนชุดคัดกรองครบทั้ง 26 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงภายหลังการติดตามผล 3 เดือน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และความพึงพอใจของอสม.ต่อการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) ในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		Mean diff	t	p-value
	mean	sd	mean	sd			
ความรู้							
ก่อนทดลอง	10.10	2.20	11.25	2.53	1.15	1.53	0.133
หลังทดลอง	17.40	1.10	14.25	0.79	3.15	10.45	<0.001*
ความพึงพอใจ							
หลังทดลอง	58.45	2.35	59.50	1.10	1.81	2.40	0.078

*p<0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอสม.ต่อการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) ในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (N=20)		หลังทดลอง (N=20)		Mean diff	t	p-value
	mean	sd	mean	sd			
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	10.10	2.20	17.40	1.10	7.30	15.33	<0.001*
กลุ่มควบคุม	11.25	2.53	14.25	0.79	3.00	5.21	<0.001*

*p<0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test หลังการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อการประเมิน	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		p-value
	mean	sd	mean	sd	
1. อธิบายความรู้เบื้องต้นของโรคมะเร็งลำใส้ใหญ่และไส้ตรง	0.95	0.22	0.80	0.41	0.159
2. อธิบายความสำคัญของการคัดกรองด้วยวิธี FIT test	0.95	0.22	0.85	0.37	0.304
3. อธิบายวิธีการขับถ่ายสำหรับการตรวจด้วยวิธี FIT test	0.85	0.37	0.50	0.51	0.018*

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test หลังการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อการประเมิน	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		p-value
	mean	sd	mean	sd	
4. อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่กระปุก	0.95	0.22	0.55	0.51	0.003*
5. อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่ชุดน้ำยาทดสอบ	0.95	0.22	0.65	0.49	0.017*
คะแนนรวม	**4.65**	**0.75**	**3.35**	**0.99**	**<0.001***

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์กับการอบรมแบบปกติในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ในอสม. ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการอบรม ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ทั้งสองรูปแบบสามารถเสริมสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการคัดกรองได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะมากกว่าการถ่ายทอดเนื้อหาแบบทางเดียว

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (Experiential Learning Theory)[19] ซึ่งอธิบายว่าการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเกิดจากวงจรที่ครบถ้วน ตั้งแต่การมีประสบการณ์ตรง (Concrete Experience) การสะท้อนคิด (Reflective Observation) การสรุปเป็นหลักการ (Abstract Conceptualization) ไปจนถึงการนำไปทดลองใช้จริง (Active Experimentation) กระบวนการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ในการวิจัยนี้ ได้มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการจำลองสถานการณ์ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่กระตุ้นให้ อสม. เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์และสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้เข้ากับบริบทการทำงานจริงในชุมชนได้ นำไปสู่ความเข้าใจเชิงลึกและการจดจำที่ยั่งยืนมากกว่าการเรียนรู้แบบบรรยายเพียงอย่างเดียว[20]

ในด้านทักษะการคัดกรอง พบว่าเมื่อพิจารณาคะแนนรวมเต็ม 5 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) เมื่อแยกพิจารณารายหัวข้อ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการอธิบายความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมถึงความสำคัญของการคัดกรองด้วยวิธี FIT test (p>0.05) อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการอธิบายวิธีการขับถ่ายเพื่อเตรียมตรวจด้วย FIT test (p=0.018) การอธิบายและสาธิตการเก็บอุจจาระใส่กระปุก (p=0.003) และการเก็บตัวอย่างใส่ชุดน้ำยาทดสอบ (p=0.017) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้การอบรมทั้งสองรูปแบบจะช่วยเสริมสร้างความรู้เชิงทฤษฎีได้ใกล้เคียงกัน แต่การอบรมแบบเชิงปฏิสัมพันธ์มีประสิทธิผลมากกว่าในการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะขั้นตอนการเก็บตัวอย่าง

การฝึกปฏิบัติและสถานการณ์จำลองจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะเชิงปฏิบัติ การเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ลงมือทำในบริบทใกล้เคียงสถานการณ์จริง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการสะท้อนประสบการณ์ ช่วยเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา[20,21] นอกจากนี้ กระบวนการดังกล่าวยังส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เมื่อ อสม. รับรู้ว่าตนเองมีทักษะที่ถูกต้องและแม่นยำในการดำเนินการตรวจ FIT test ย่อมส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าในบริบทการพัฒนาศักยภาพอสม.ในประเทศไทย โดยอำพิกา คันทาใจ และคณะ[11] รายงานว่าการอบรมแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ของอสม.ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สุชาดา สวนนุ่ม และคณะ[22] ซึ่งใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kolb ในการพัฒนาอสม.ด้านการคัดกรองเบาหวาน และพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม.มีคะแนนความรู้และการปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของนิดา มีทิพย์ และคณะ[23] ที่พบว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงงานทบทวนวรรณกรรมของจันทร์จิรา อินจีน และคณะ[24] ที่สรุปว่า การพัฒนาสมรรถนะอสม.ควรประกอบด้วยการบรรยาย การสะท้อนคิดและการฝึกปฏิบัติจริงร่วมกันจึงจะส่งผลต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนการจัดการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและส่งเสริม active learning มีประสิทธิผลเหนือกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจหลังการอบรมระหว่างสองกลุ่ม ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า การอบรมทั้งสองรูปแบบสามารถตอบสนองความคาดหวังพื้นฐานของผู้เข้าร่วมได้ใกล้เคียงกันในด้านเนื้อหา วิทยากร และประโยชน์ที่ได้รับ อีกทั้งอาจเกิดจากการที่ผู้เข้าร่วมให้คะแนนในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม (ceiling effect)[25] จึงไม่สามารถตรวจจับความแตกต่างระหว่างรูปแบบการอบรมได้ชัดเจน และการศึกษานี้ยังพบว่า อสม. ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการเก็บตัวอย่าง และส่งคืนชุดคัดกรองครบถ้วนร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม โดยเมื่อพิจารณาร่วมกับคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น อาจตีความได้ว่าหลังจากได้รับการอบรม อสม.ทั้งสองกลุ่มมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากขึ้น ทั้งในด้านความรุนแรงของโรค ผลกระทบต่อสุขภาพ และประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ความเข้าใจดังกล่าวอาจมีส่วนส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Health Belief Model[26] ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และ ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เมื่อควบคู่ไปกับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) จะเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเมื่อ อสม. รับรู้ถึงความสำคัญและประโยชน์ของการคัดกรองมากขึ้น จึงเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจในการติดตามกลุ่มเป้าหมายในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพอสม.ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ที่สามารถเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทิศทางของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งและยั่งยืน โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ซึ่งเน้นการลดภาระโรคผ่านการคัดกรองเชิงรุกในระดับชุมชน การเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ วิธีการเก็บตัวอย่าง และแนวทางการส่งต่อ จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย อสม.ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงประชาชนกับบริการของทีมหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิ การยกระดับความรู้และความมั่นใจของอสม.จึงไม่เพียงส่งผลต่อการดำเนินงานคัดกรองเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชนอย่างเป็นระบบ รูปแบบการอบรมที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้จึงอาจพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีอัตราการคัดกรองต่ำกว่าค่าเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และความพร้อมของบุคลากรระดับชุมชนในการขับเคลื่อนงานป้องกันโรคอย่างยั่งยืน ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขควรพิจารณาปรับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เน้นกระบวนการฝึกทักษะควบคู่กับการให้ความรู้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ซึ่งอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างด้านทรัพยากรหรือโครงสร้างประชากร นอกจากนี้ อัตราการส่งคืนชุดคัดกรองที่อยู่ในระดับสูงในทั้งสองกลุ่มอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความตระหนักของอสม. ภายหลังการอบรม ดังนั้นในปีงบประมาณถัดไปอาจพิจารณาติดตามระดับความรู้และอัตราการส่งคืนชุดตรวจคัดกรองของ อสม.ชุดเดิมอีกครั้ง เพื่อประเมินประสิทธิผลของการอบรมในระยะยาว โดยผลการศึกษาครั้งนี้ยังสนับสนุนว่าการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์มีศักยภาพในการเพิ่มพูนความรู้ของอสม. และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ซึ่งต้องอาศัยทักษะการสื่อสาร การสาธิต และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสถานการณ์จริงในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการศึกษายืนยันว่าการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มพูนความรู้ของ อสม. ได้มากกว่าการอบรมแบบบรรยาย จึงสามารถนำรูปแบบการอบรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยเฉพาะงานที่ต้องอาศัยการสื่อสาร การสาธิต และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT test ซึ่งเน้นกิจกรรมสถานการณ์จำลอง การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงในชุมชน

1.2 ควรออกแบบรูปแบบการอบรมโดยจัดบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกล้าแสดงความคิดเห็น ซักถาม และสะท้อนประสบการณ์อย่างเปิดเผย ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชน

1.3 รูปแบบการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการอบรม อสม. ในพื้นที่ที่มีอัตราการเก็บตัวอย่างและส่งคืนชุดคัดกรองต่ำกว่าค่าเป้าหมาย เพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับชุมชนได้

1.4 รูปแบบการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มอสม. อาจนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่

ประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองโรคด้านอื่น ๆ ที่ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารและการฝึกปฏิบัติ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 อัตราการส่งคืนชุดตรวจคัดกรองที่อยู่ในระดับสูงในการศึกษาครั้งนี้ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างเพิ่งผ่านการอบรมและเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรอง ดังนั้น ในปีงบประมาณถัดไปอาจพิจารณาการติดตามระดับความรู้และอัตราการส่งคืนชุดตรวจอีกครั้ง เพื่อประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อสำรวจประสบการณ์ ความรู้สึก ความมั่นใจ และอุปสรรคที่ อสม. เผชิญในการปฏิบัติงานจริง ข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าวจะช่วยอธิบายบริบทและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการอบรม ซึ่งเครื่องมือเชิงปริมาณอาจไม่สามารถสะท้อนได้อย่างครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ระมาด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่ระมาด และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ที่มีส่วนร่วมส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Roshandel G, Ghasemi-Kebria F, Malekzadeh R. Colorectal cancer: epidemiology, risk factors, and prevention. Cancers (Basel). 2024;16(8).
2. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut. 2017;66(4):683–691.
3. Lohsiriwat V, Chaisomboon N, Pattana-Arun J. Current colorectal cancer in Thailand. Ann Coloproctol. 2020;36(2):78–82.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hos_cancer_registry2020/index.html
5. Kittrongsin K, Chaikledkaew U. Economic evaluation of colorectal cancer screening: a systematic review. Mahidol Univ J Pharm Sci. 2014;14(2):31–38.
6. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand assessing cancers with the highest burdens. Cancers (Basel). 2017;9(8):108.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://osm.hss.moph.go.th/uploads/OIT/O10_3.pdf
8. ภานุพงศ์ สารรัตน์, ภัทร์พร สุทธิกุล. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: กรณีศึกษาชุมชนบ้านหัวเวียง ตำบลสบตุ๋ย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568];11(2):210–225. เข้าถึงได้จาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/husoskru/article/download/267642/178849

9. กองส่งเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2564–2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phcn.hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-02-26-7-21-3590506.pdf
10. Sararak M. Empowerment of village health volunteers (VHV). J Ubon Ratchathani Univ. 2010;12(2):39–48.
11. อำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(1):22–34.
12. Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: transforming theory into practice. Med Teach. 2012;34(2):161–164. doi:10.3109/0142159X.2012.643264
13 Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(23):8410–8415. doi:10.1073/pnas.1319030111
14. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. New York: Routledge; 2015.
15. Yilmaz D, Ozturk H, Bilik O. The effect of interactive training on nurses' knowledge, practice and confidence in breast cancer early detection. Eur J Oncol Nurs. 2020;47:101758. doi:10.1016/j.ejon.2020.101758
16. Othman NH, Rebolj M, Rejali Z, et al. Can self-sampling or interactive education increase cervical cancer screening uptake among Malaysian women? Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(3):695–699. doi:10.7314/APJCP.2012.13.3.695
17. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Belmont (CA): Duxbury; 2000. p.384–385.
18. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives. New York: David McKay Company; 1975.
19. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall; 1984. p.41.
20. Dorri S, Farahani MA, Maserat E, Haghani H. Effect of role-playing on learning outcome of nursing students based on the Kirkpatrick evaluation model. J Educ Health Promot. 2019;8:1–7.
21. Yu M, Kang K. Effectiveness of a role play simulation program involving the SBAR technique: a quasi-experimental study. Nurse Educ Today. 2017;53:41–47. doi:10.1016/j.nedt.2017.04.002
22. สุชาดา สวนนุ่ม, วิภาพร สิทธิสาตร์, ธิติรัตน์ ราศิริ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเบาหวาน. J Boromarajonani Coll Nurs Suphanburi. 2567;7(1):51–67.
23. นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร. 2559;43(5):104–115.
24. จันทร์จิรา อินจีน, วิภาพร สิทธิสาตร์, จันทิมา นวะมะวัฒน์, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์. การพัฒนาสมรรถนะการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 2562;12(5):2100–2115.
25. Chyung SY, Hutchinson D, Shamsy JA. Evidence-based survey design: ceiling effects associated with response scales. Perform Improv. 2020;59(6):6–13. doi:10.1002/pfi.21920
26. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–335.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา

The Effects of Nursing Practice Guidelines for Preventing Complications among Pregnant Women with Preeclampsia in the Labor Room at Phayao Hospital.

(Received: April 9,2026 ; Revised: April 12,2026 ; Accepted: April 14,2026)

น้องขวัญ สมุทรจักร[1] พัชรินทร์ ไชยบาล[2] สุทธิพร พรมจันทร์[1] กนกพรรณ ศรีวิชัย[1]
Nongkhuan Samoodjak[1] Patcharin Chaibarn[2] Sutiporn Promjan[1] Kanokpan Sriwichai[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบคนละช่วงเวลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงกรกฎาคม 2568 จำนวน 116 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม 58 คน และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 58 คน และพยาบาล 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพเป็นกรอบแนวคิด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (CVI = 0.80) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสูติกรรม การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Fisher's exact test และ multivariable logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ภายหลังปรับความแตกต่างของโรคประจำตัวและรายได้ พบว่า การใช้แนวปฏิบัติฯป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 0.37 เท่า (adjusted OR 0.37 95% CI= 0.15-0.92, P=0.033) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก (mean = 4.28, SD=0.69)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน, ภาวะครรภ์เป็นพิษ, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group comparative design using a historical control evaluated the effectiveness of a developed nursing practice guideline in reducing complications among pregnant women with preeclampsia. The study included 116 pregnant women diagnosed with preeclampsia between February 2024 and July 2025, divided into a control group receiving standard care (n = 58) and an intervention group receiving the developed guideline (n = 58), along with 8 nurses. The nursing practice guideline was developed based on Soukup's Evidence-Based Nursing Practice Model as the conceptual framework and its content validity was confirmed by three experts (CVI = 0.80). Data collection instruments included: (1) a structured record form comprising demographic data, obstetric history, physical examination findings, and clinical outcomes; and (2) a nurse satisfaction questionnaire assessing the acceptability of the guideline. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and multivariable logistic regression.

The results showed that the complication rate differed significantly between the two groups ($p < 0.05$). After adjusting for underlying medical conditions and income, the use of the guideline was associated with a significant reduction in complications (adjusted OR = 0.37; 95% CI: 0.15–0.92; p = 0.033). Nurses reported a high level of satisfaction with the guideline (mean = 4.28, SD = 0.69).

Keywords: nursing practice guidelines, complication prevention, preeclampsia, pregnant women

---

[1] พยาบาลวิชาชีพ งานห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
Corresponding author: Patcharin Chaibarn; Email: patcharin.ch@up.ac.th

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยขณะตั้งครรภ์ที่สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ค.ศ. 2023 มีมารดาเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดประมาณ 260,000 รายทั่วโลก หรือเฉลี่ยมากกว่า 700 รายต่อวัน โดยร้อยละ 92 เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[1] ความผิดปกติของความดันโลหิตในระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาถึงประมาณร้อยละ 16 ของมารดาที่เสียชีวิตทั่วโลก[2] นอกจากนั้นยังมีรายงานที่ระบุว่าภาวะครรภ์เป็นพิษมีความชุกทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 4.43 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุมารดาที่เพิ่มขึ้น ภาวะอ้วน และโรคเรื้อรังร่วม[3] ในประเทศไทย มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นจำนวนมากและมีอาการรุนแรง ข้อมูลจากกรมอนามัย พบอัตรามารดาตายจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ปี 2565-2566 ร้อยละ 18.06 และ 17.31 ตามลำดับ[4,5]

ภาวะความดันโลหิตสูงคือภาวะที่ค่าความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัว (systolic BP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือทั้งสองค่า โดยวัด 2 ครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง หลังการพัก[6] โดยจำแนกเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) คือความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะและที่เกิดก่อนตั้งครรภ์หรือก่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (chronic hypertension) ภาวะความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) Chronic hypertension 2) Preeclampsia 3) Gestational hypertension 4) HELLP syndrome 5) Chronic hypertension with superimposed preeclampsia 6) Eclampsia [7] ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงหรือภาวะครรภ์เป็นพิษได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อน อายุมากกว่า 40 ปี ภาวะเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายที่สูงหรือ BMI มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร[6]

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP (hemolysis, elevate liver enzyme, low platelet) ซึ่งประกอบด้วยการแตกของเม็ดเลือดแดง การเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ และปริมาณเกร็ดเลือดลดลง[8] หากได้รับการวินิจฉัยช้าหรือประเมินความรุนแรงของโรคไม่ถูกต้อง หรือขาดการดูแลรักษาที่ดี ทำให้หญิงตั้งครรภ์ชักและอาจทำให้เสียชีวิตได้ ส่วนผลระยะยาวอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ ในส่วนของทารกอาจพบภาวะทารกโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด ขาดออกซิเจน แท้งหรือเสียชีวิตในครรภ์ อัตราตายของทารกขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค[9] ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้อย่างแน่ชัด การป้องกันไม่ให้เกิดจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก แต่การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้รับการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกจะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคได้[10] หลักสำคัญของการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงคือ การวินิจฉัยตั้งแต่แรกเริ่มและป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงรุนแรงขึ้น การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค อายุครรภ์ และอาการแสดงของภาวะ preeclampsia การป้องกันการชัก โดยการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate : MgSO4)[11]

หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา เป็นหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดและทารกทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย จากสถิติของหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา ปีงบประมาณ 2564-2566 มีหญิง

ตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 94, 84 และ72 รายตามลำดับ พบการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในในสตรีตั้งครรภ์และทารก จำนวน 8, 15 และ 28 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค มีทักษะ ความชำนาญในการให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามปัญหาที่พบซึ่งจะเป็นการช่วยให้มารดาก่อนและหลังคลอดได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในหลากหลายวิธี ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์และคณะ[12]ศึกษารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การประเมินสุขภาพจิต การส่งเสริมความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องของพยาบาลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น นอกจากนั้นยังมีการศึกษารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงโดยพัฒนาแนวทางการดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งในระยะ latent และ active พบว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปพัฒนาได้จริง โดยมีข้อเสนอแนะให้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดในหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง การเฝ้าระวัง การส่งต่อและการประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง[13,14] จะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการดูแลในรายที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตที่เป็นมาก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนั้นการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีประสิทธิภาพควรปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาโดยผู้ปฏิบัติทางคลินิกรวบรวมข้อมูล ประเมินและประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานและเป็นความคิดเห็นร่วมกันของผู้ปฏิบัติในการค้นหาแนวทางที่ดีที่สุดในการดูแลผู้รับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่พัฒนาขึ้นตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (soukup) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติสามารถช่วยให้พยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันและหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามมาตรฐานมากขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี[15]

ในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่เป็นลายลักษณ์อักษรมีเพียงแนวปฏิบัติการพยาบาลเมื่อมีหญิงตั้งครรภ์ชักจากครรภ์เป็นพิษและแนวทางการให้ยาในภาวะครรภ์เป็นพิษ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยาที่พัฒนาขึ้นโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ[16] เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานเนื่องจากเป็นรูปแบบที่ เน้นการพัฒนาการปฏิบัติในทางคลินิก มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม เน้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย เน้นการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ซึ่งการนำแนวปฏิบัติมาดังกล่าวใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จะส่งผลให้การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น นำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษและเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษของเจ้าหน้าที่และทีมผู้ดูแลของห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยาให้เป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบคนละช่วงเวลา (Interrupted time design) โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมและกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่พัฒนาขึ้น วัดผลจากการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารก และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้แนวปฏิบัติ โดยศึกษาในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา เป็นแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ[16] ประกอบด้วย 1) การดูแลระยะแรกรับและรอคลอด 2) การดูแลระยะคลอด 3) การดูแลระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกคือ 1)ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา ได้แก่ การเกิดภาวะชัก เลือดออกในสมอง การเกิดภาวะช็อคจาก DIC HEELP Syndrome ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน 2) ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกคลอด และผลลัพธ์เชิงประบวนการคือ ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพะเยา ด้วยภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 และ 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยาด้วยภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ สื่อสารโดยการพูดคุยและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์ถูกส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ (two-sample comparison of two independent proportions)[17] เนื่องจากผลลัพธ์หลักของการศึกษาเป็นการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นข้อมูลแบบทวิภาค โดยกำหนดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติเท่ากับร้อยละ 30 และคาดว่าภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจะลดลงเหลือร้อยละ 8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติแบบสองด้านเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80 และอัตราส่วนขนาดตัวอย่างระหว่างสองกลุ่มเท่ากับ 1:1 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างเบื้องต้นกลุ่มละ 49 คน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 15 จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 58 คน รวมทั้งสิ้น 116 คน 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่พัฒนาขึ้นโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานประกอบด้วย

การดูแลระยะแรกรับและรอคลอด การดูแลระยะคลอด และการดูแลระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสูติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้

2) แบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตั้งครรภ์ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การรักษาที่ได้รับ

3) แบบบันทึกผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติคืออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การเกิดภาวะชัก เลือดออกในสมอง การเกิดภาวะช็อคจาก DIC HEELP Syndrome ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนต่อทารก ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกคลอด

4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอดในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสูติกรรม 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องคลอด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 จากนั้นนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้ประเมินความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน โดยเป็นข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่เคยเข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยาด้วยภาวะครรภ์เป็นพิษ ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2567

2. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึง กรกฎาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาลแผนกห้อง คลอดและพยาบาลแผนกห้องคลอด อธิบายการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดูแลผู้คลอดตามแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

3. พยาบาลวิชาชีพแนะนำตนเองต่อหญิงตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ขออนุญาตซักประวัติและเก็บรวมรวมข้อมูลความเสี่ยงและแจ้งแก่หญิงตั้งครรภ์ว่าการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเปิดเผยจะกระทำโดยภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อ

4. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาอย่างละเอียด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ในการเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเดิมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ Fisher exact Probability Test และผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ใช้

Logistic Regression กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพะเยา หมายเลขรับรองเลขที่ 17/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 67.24 ค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (25-29 kg/m^2) ร้อยละ 44.83 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.90 ระดับการศึกษามัธยม/ปวช ร้อยละ 53.45 อาชีพค้าขาย/รับจ้าง ร้อยละ 43.10 รายได้ของครอบครัวพอใช้ร้อยละ 75.86 สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 60.34 ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเดิม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 65.52 ค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-24.9 kg/m^2) ร้อยละ 34.48 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.45 ระดับการศึกษามัธยม/ปวช ร้อยละ 55.17 อาชีพค้าขาย/รับจ้าง ร้อยละ 41.38 รายได้ของครอบครัวพอใช้ร้อยละ 51.72 สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 68.97 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเดิมพบว่า อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านรายได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ด้านประวัติทางคลินิก พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้าน ประวัติการตั้งครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์ ประวัติการแท้ง อาการเจ็บครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภาวะครรภ์เป็นพิษ ผลการตรวจสภาวะทารกในครรภ์ (NST/EFM) การได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟส (MgSO4) ส่วนประวัติโรคประจำตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

การเปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเดิมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) (ตารางที่ 1) เมื่อปรับความแตกต่างของประวัติของรายได้และโรคประจำตัวของหญิงตั้งครรภ์แล้วพบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 73 ค่าความเชื่อมั่น 95% อยู่ที่ 0.15-0.92 p-value 0.033

ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก (mean = 4.28 SD= 0.69)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเดิมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (N=116)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (n=58)		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเดิม(n=58)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่มี	48	82.76	35	60.34	0.006
มี	10	17.24	23	39.66	

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อควบคุมความแตกต่างของรายได้และโรคประจำตัวแล้ว พบว่าสามารถลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 73 (adjusted OR = 0.37, 95% CI = 0.15–0.92, P = .033) สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของโรคได้ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมกระบวนการดูแลตั้งแต่ระยะประเมินจนถึงการติดตามผล โดยใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติกรรม แบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย ตลอดจนข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างรอบด้านและต่อเนื่อง นอกจากนี้การใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ที่กำหนดตัวชี้วัดชัดเจน เช่น การเกิดภาวะชัก เลือดออกในสมอง ภาวะช็อกจาก DIC กลุ่มอาการ HELLP ภาวะหัวใจล้มเหลวและไตวายเฉียบพลัน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การคลอดก่อนกำหนดและภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ทำให้สามารถติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างเป็นรูปธรรมและสะท้อนคุณภาพการพยาบาลได้ชัดเจน ทั้งนี้การมีเครื่องมือที่เป็นระบบดังกล่าวช่วยให้การประเมินและการเฝ้าระวังเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน และช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ส่งผลให้สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เนื่องจากโรคมีการดำเนินอย่างรวดเร็วและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ในเวลาอันสั้น[18]

นอกจากนี้ แม้ผลการศึกษาจะพบความแตกต่างของรายได้และโรคประจำตัวระหว่างกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค แต่เมื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าวแล้ว แนวปฏิบัติยังคงมีผลในการลดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยง แม้ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะครรภ์เป็นพิษ[18,19] ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุบล แจ่มนาม และคณะ[20] ที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีแนวทางชัดเจนสามารถลดอัตราภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้แนวทางการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของมารดา (maternal morbidity) และทารก (perinatal complications) ได้อย่างมีนัยสำคัญ[19] รวมถึงสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการใช้แนวทางมาตรฐานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อลดการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน[21]

2) ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก (mean = 4.28, SD = 0.69) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการพัฒนาให้มีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และมีเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เช่น แบบบันทึกการประเมินและแบบประเมินผลลัพธ์ ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและเป็นระบบ ทั้งนี้การมีแบบประเมินความพึงพอใจยังช่วยสะท้อนความคิดเห็นของผู้ใช้งานจริง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติให้เกิดความยั่งยืนใน

หน่วยงาน ทั้งนี้ ความพึงพอใจในระดับสูงสะท้อนว่าแนวปฏิบัติสามารถลดภาระทางความคิดในการตัดสินใจ เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินในห้องคลอด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่ารูปแบบการดูแลมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง และพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก อีกทั้งยังช่วยให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น[22] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก และการใช้แนวปฏิบัติฯช่วยส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐานมากขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีทั้งในมารดาและทารก[15] ทั้งนี้การใช้แนวปฏิบัติบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยลดความไม่แน่นอนในการตัดสินใจและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[23] ความพึงพอใจของพยาบาลในระดับสูงในครั้งนี้สามารถสะท้อนถึงความเหมาะสมของแนวปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในหน่วยบริการและศักยภาพในการพัฒนาไปสู่การเป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในระดับหน่วยงานหรือระดับระบบบริการสุขภาพต่อไป

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการมีเครื่องมือการบันทึกที่ชัดเจน และเป็นระบบ สามารถช่วยให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก และได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของแนวปฏิบัติทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นมาตรฐานการพยาบาลประจำหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยาอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ อย่างสม่ำเสมอ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่มาบูรณาการร่วมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความทันสมัยและตอบสนองต่อสถานการณ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไป

3. ควรเผยแพร่การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลในเครือข่ายในจังหวัดพะเยา โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของแต่ละหน่วยงาน

4. นำผลการวิจัยถ่ายทอดแก่นักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับมาตรฐานอย่างยั่งยืน

2. ควรทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติฯ ต่อผลลัพธ์ระยะยาวของทารก เช่น พัฒนาการ น้ำหนักตัว และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดที่เกี่ยวข้องกับภาวะครรภ์เป็นพิษ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทั้งในส่วนของมารดาและทารก

3. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในส่วนของการพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง รวมถึงระบบการเฝ้าระวัง การส่งต่อ และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.ธวัชชัย ปานทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา ที่ให้โอกาสในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณสูติแพทย์ พญ.พรนภา สุริยะไชย พยาบาลห้องคลอดทุกท่าน รวมถึงคุณบุษยา ยารังษี ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยา แก้วใจบุญ และ ดร.พัชรินทร์ คำนวล ที่ให้ความร่วมมือและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Pre-eclampsia [Internet]. 2025 [cited 2023 Oct 22]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia
2. World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. 2025 [cited 2023 Oct 22]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
3. Vargas-Prada VJ, Ayala-Luna J, Cuervo-Iglesias-Duarte C, et al. Global prevalence of preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome: A systematic review and meta-analysis. Front Reprod Health. 2025;7:1706009. doi: 10.3389/frph.2025.1706009
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 ต.ค. 2566]. จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2022
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 ต.ค. 2566]. จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr?year=2023&kid=76
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BM, et al. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
7. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่องการดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 22 ต.ค. 2566]. จาก: https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-021.pdf
8. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, ธีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: ธีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ลักษมีรุ่ง; 2564. หน้า 325-345.
9. Agrawal A, Wenger NK. Hypertension during pregnancy. Curr Hypertens Rep. 2020;22(9):64. doi: 10.1007/s11906-020-01070-0.
10. นงลักษณ์ เฉลิมสุข. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา; 2565.
11. Sharma DD, Chandresh NR, Javed A, Girgis P, Zeeshan M, Fatima SS. The management of preeclampsia: A comprehensive review of current practices and future directions. Cureus. 2024;16(1):e51512. doi: 10.7759/cureus.51512
12. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, รำไพ ตั้งไตรทิพย์, คนางค์ ภูมิภมร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;6(1):1-15.
13. พรศิริ เสนธิริ, สุดใจ ศรีสงค์, รัศมีแข พรหมประกาย, เพียงเพ็ญ สร้อยสุวรรณ, ขวัญฤดี โกพลรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2560;32(2):117-128.
14. จันทร์เพ็ญ อยู่ยง, ศินีนารถ อุ่นเมือง, วาสนา ปานไธสงค์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงห้องคลอดโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2565;6(12):131-143.
15. จันทร์จีรา กลมมา และคณะ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอดโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2565;13(1):169-189.
16. Soukup M. A model for guiding the adoption of advanced practice nursing competencies. Worldviews Evid Based Nurs. 2000;1:256-259.

17. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: Sample size calculation 2. Comparison of two independent proportions. Restor Dent Endod. 2016;41(2):154–156. Available from: https://doi.org/10.5395/rde.2016.41.2.154
18. Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratinam S, Magee LA, de Groot CJM, Hofmeyr GJ. Pre-eclampsia. Lancet. 2021;398(10297):341–354. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00799-0
19. Karrar S, Abdelrahman M, Ibrahim M. Effect of evidence-based guidelines on maternal and neonatal outcomes among women with preeclampsia. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22:765. https://doi.org/10.1186/s12884-022-05065-4
20. อุบล แจ่มนาม, อารี เขียนงาม และอริศา เนตรแสงใส. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง. วารสารกองการพยาบาล 2568, 52:1-14.
21. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240068213
22. สมจิตร เดชาเสถียร. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. J. Health Promot. Environ. Health Res. (HPC 8) [อินเทอร์เน็ต]. 3 กันยายน 2023 [อ้างถึง 27 มีนาคม 2026];1(1):92-104. available at: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hpc8Journal/article/view/477
23. Dang D, Dearholt SL, Bissett K, Ascenzi J, Whalen M. Johns Hopkins evidence-based practice model: Implementation and translation. Nurs Adm Q. 2021;45(2):110–121. https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000450

การพัฒนาและประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน: การวิจัยและพัฒนาแบบหลายระยะ

Development and Evaluation of a Digital Health Innovation via LINE Official Account for Home-Based Care of Patients with Indwelling Urinary Catheters: A Multi-Phase Research and Development Study.

(Received: April 9,2026 ; Revised: April 15,2026 ; Accepted: April 19,2026)

พิมพ์พัทธ์ชา พุทธิเมธี[1] รัตติกาล อาชะวะบูล[2] อุดมพร สินธุโคตร[3]
Pimpatcha Bhuddhimedhee[1], Rattigan Archawaboo[2], Udomporn Sintukote[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่ทดลองใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแล 10 ราย เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบ 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ช่องว่างด้านความรู้และทักษะในการดูแล การขาดระบบติดตามและช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงได้ ความวิตกกังวลและภาระในการดูแล และความต้องการสื่อการเรียนรู้ที่สามารถทบทวนได้ตลอดเวลา ขณะที่ระยะที่ 2 พบว่าต้นแบบนวัตกรรมมีความเหมาะสมในระดับสูง และคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีความพึงพอใจในระดับสูง

คำสำคัญ: นวัตกรรมสุขภาพดิจิทัล, LINE Official Account, สายสวนปัสสาวะ, การดูแลที่บ้าน, การพยาบาลทางไกล

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed at exploring the care situation and developing a digital health innovation prototype via LINE Official Account for home-based care of patients with indwelling urinary catheters. The prototype was pilot tested among 10 family caregivers over a two-week period. Data were collected using interview guides and assessment tools and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with paired t-test.

Phase 1 findings revealed four key issues: gaps in knowledge and caregiving skills, lack of accessible follow-up systems and communication channels, caregiver anxiety and burden, and the need for learning materials that can be reviewed at any time. In Phase 2, the innovation prototype demonstrated a high level of appropriateness. Caregivers showed statistically significant improvements in knowledge and skills scores ($p < .05$), along with high levels of satisfaction.

Keywords: digital health innovation, LINE Official Account, urinary catheter, home care, telenursing

บทนำ

การใส่สายสวนปัสสาวะ (urinary catheterization) เป็นหัตถการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การคาสายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานานมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและสามารถป้องกันได้ โดยองค์การอนามัยโลก[1] และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา[2] ระบุว่า การเกิดการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร E-mail: Aomayami@gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร

ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากสายสวน เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในสถานพยาบาลทั่วโลก และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษา และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ยังยืนยันว่าการดูแลสายสวนอย่างไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่การติดเชื้อดังกล่าว[3,4]

การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะอย่างเหมาะสมจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแล โดยเฉพาะในบริบทการดูแลที่บ้านซึ่งผู้ดูแลมักเป็นญาติ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลความสะอาด และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้[5,6] นอกจากนี้ รูปแบบการให้ความรู้ในระบบบริการสุขภาพยังคงเน้นการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการดูแลระยะยาวในบริบทของชุมชนและครัวเรือน

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล (digital health) และการพยาบาลทางไกล (telenursing) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยองค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำบทบาทของ digital health ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและความต่อเนื่องของการดูแล[7] ขณะที่หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ [8,9] นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ยังเน้นบทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งสามารถ เสริมประสิทธิภาพได้ผ่านเครื่องมือสนับสนุนที่เหมาะสม[10]

ในบริบทของประเทศไทย แอปพลิเคชัน LINE เป็นแพลตฟอร์มการสื่อสารที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย และมีศักยภาพสูงในการนำมาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลสุขภาพ เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่าย ใช้งานสะดวก และรองรับการสื่อสารแบบสองทาง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่ยังพบข้อจำกัดสำคัญในด้านการพัฒนานวัตกรรมที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลที่บ้านในประเทศไทย ซึ่งยังขาดรูปแบบนวัตกรรมที่บูรณาการทั้งเนื้อหาทางคลินิก การสื่อสารแบบต่อเนื่อง และความเหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้[11,12]

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบหลายระยะ เริ่มจากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปสู่การออกแบบนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทจริง และประเมินประสิทธิผลเบื้องต้นของนวัตกรรมต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จากมุมมองของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข สำหรับวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดในการดูแล
2. เพื่อออกแบบและพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการสื่อสารสุขภาพผ่าน LINE Official Account ที่เหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหลายระยะ (multiphase design) มีวัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการ

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 10 ราย ญาติผู้ดูแล จำนวน 5 ราย และบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล โดยใช้แนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า พร้อมทั้งบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยดำเนินการถอดเทปคำสัมภาษณ์ อ่านทบทวนข้อมูลหลายครั้ง จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) และการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing)[13] เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้ต้นแบบนวัตกรรม

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาและประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account โดยอาศัยข้อมูลจากระยะที่ 1 เป็นพื้นฐานในการออกแบบนวัตกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การพัฒนานวัตกรรม

ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพดำเนินการออกแบบและพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลทางคลินิก สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบข้อความ ภาพ และวิดีโอ และระบบการสื่อสารระหว่างผู้ใช้กับบุคลากรสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

1. แบบประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรม LINE Official Account สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ครอบคลุม 5 มิติ รวมจำนวน 31 ข้อ

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เป็นแบบเลือกตอบถูก–ผิด จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

3. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม LINE Official Account เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า Likert 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพ 2 ด้าน ได้แก่

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ และเทคโนโลยีสารสนเทศ พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC)[14] พบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.80–1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (IOC ≥ 0.50) จากนั้นนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย โดยแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และ 0.78 ตามลำดับ และแบบประเมินความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[15,16] ได้ค่าเท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.70)

ส่วนที่ 2 การทดลองใช้ต้นแบบนวัตกรรม

การทดลองใช้ต้นแบบนวัตกรรมดำเนินการในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 10 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยทดลองใช้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้ด้วยแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้ด้วยสถิติ paired t-test พร้อมรายงานช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและแปลผลตามเกณฑ์ระดับ Likert 5 ระดับ

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่เอกสารรับรอง COA/1 No.038/2568 รับรองเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 จำนวน 30 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 45–74 ปี มีโรคประจำตัวหลากหลาย ได้แก่ ต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ บาดเจ็บไขสันหลัง และโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีระยะเวลาการคาสายสวนปัสสาวะตั้งแต่ 1 เดือนครึ่งถึง 12 ปี ญาติผู้ดูแล จำนวน 5 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 25–65 ปี มีความสัมพันธ์เป็นภรรยา บุตร และหลาน และบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 15 ราย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ระหว่าง 1–13 ปี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา พบธีมหลักจำนวน 4 ธีม ดังนี้

ธีมที่ 1 ช่องว่างด้านความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงในการดูแลสายสวนปัสสาวะ

กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มสะท้อนปัญหาช่องว่างด้านความรู้และทักษะในการดูแล ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การล้างมือไม่ถูกต้อง การปล่อยปัสสาวะเต็มถุงก่อนเท การวางถุงปัสสาวะในตำแหน่งไม่เหมาะสม และการทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วย

น้ำเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลเพียงครั้งเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบลองผิดลองถูก ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ธีมที่ 2 การขาดระบบติดตามและช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงได้

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีลักษณะการดูแลแบบตั้งรับ (reactive care) โดยขาดระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย รวมถึงไม่มีช่องทางสื่อสารที่สะดวกในการขอคำปรึกษาโดยเฉพาะนอกเวลาราชการ ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าถึงคำแนะนำได้ทันเวลา และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

ธีมที่ 3 ความวิตกกังวลและภาระในการดูแล

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสะท้อนถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อ แม้ว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วก็ตาม รวมถึงขาดความมั่นใจในการดูแล นอกจากนี้ยังพบภาระในการดูแล เช่น การขาดแคลนอุปกรณ์ การเดินทางมารับบริการ และความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพ

ธีมที่ 4 ความต้องการสื่อที่สามารถทบทวนได้และนวัตกรรมที่เข้าถึงได้ตลอดเวลา

กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มแสดงความต้องการสอดคล้องกันในการมีสื่อการเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงและทบทวนได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะวิดีโอสาธิตที่เข้าใจง่าย ระบบแจ้งเตือนสัญญาณอันตราย ช่องทางการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางการแพทย์ และระบบ chatbot ที่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้ต้นแบบนวัตกรรม

จากการนำผลการวิเคราะห์ความต้องการในระยะที่ 1 มาใช้เป็นพื้นฐาน ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ดำเนินการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยนวัตกรรมประกอบด้วย 5 โมดูลหลัก ครอบคลุมเนื้อหาทางคลินิก สื่อการเรียนรู้ ระบบแจ้งเตือน และการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ใช้กับบุคลากรสาธารณสุข

ผลการตรวจสอบคุณภาพของนวัตกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า นวัตกรรมมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระดับรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระดับมิติ (S-CVI) เท่ากับ 1.00 ทุกมิติ แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการใช้งาน

ผลการทดลองใช้ต้นแบบนวัตกรรมกับกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 10 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) อายุเฉลี่ย 43.9 ปี ภายหลังการใช้นวัตกรรมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 14.50 ± 2.88 เป็น 19.20 ± 1.03 คะแนน โดยมีผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 คะแนน (95%CI = 2.62–6.78) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ในด้านทักษะการปฏิบัติดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.40 ± 1.43 เป็น 9.30 ± 0.95 คะแนน โดยมีผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 คะแนน (95%CI = 2.98–4.82) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับสูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.92 ± 0.15 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และไม่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในกลุ่มตัวอย่างตลอดช่วงระยะเวลาการทดลองใช้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ทักษะในการดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้าน และความพึงพอใจต่อนวัตกรรม ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม (n=10)

ตัวแปร	ก่อนใช้ (Mean±SD)	หลังใช้ (Mean±SD)	ผลต่างเฉลี่ย (95%CI)	P-value
ความรู้การดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้าน	14.50±2.88	19.20±1.03	4.70 (2.62–6.78)	0.001*
ทักษะการปฏิบัติดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้าน	5.40±1.43	9.30±0.95	3.90 (2.98–4.82)	<0.001*
ความพึงพอใจต่อนวัตกรรม LINE OA	-	4.92±0.15	-	
อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ)	-	0.00	-	

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α=0.05)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเป็นปัญหาเชิงระบบที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ การเข้าถึงข้อมูล การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ และบริบททางสังคมของผู้ดูแล โดยผลการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ พบธีมหลัก 4 ประการ ได้แก่ (1) ช่องว่างด้านความรู้และพฤติกรรมเสี่ยง (2) การขาดระบบติดตามและช่องทางสื่อสาร (3) ความวิตกกังวลและภาระในการดูแล และ (4) ความต้องการสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของรูปแบบการดูแลแบบตั้งรับที่ยังคงใช้อยู่ในระบบสุขภาพปัจจุบัน

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่า การดูแลสายสวนปัสสาวะที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากสายสวน ซึ่งเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในระบบบริการสุขภาพ[3,4] นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านมักขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงและการเรียนรู้แบบลองผิดลองถูก[17] ซึ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อวิเคราะห์ภายใต้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในภาวะ “self-care deficit” อย่างชัดเจน กล่าวคือ ความต้องการการดูแลมีความซับซ้อนสูง ขณะที่ศักยภาพในการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอ[19] การให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียวก่อนจำหน่ายจึงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวได้ สอดคล้องกับ Hartweg และ Metcalfe[10] ที่เสนอว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในบริบทปัจจุบันจำเป็นต้องมี “ระบบสนับสนุนต่อเนื่อง” เพื่อเสริมสร้าง self-care agency อย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการพัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรม LINE Official Account พบว่า นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่านวัตกรรมสามารถทำหน้าที่เป็น “Supportive-Educative System” ตามแนวคิดของโอเร็มได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูล ทบทวนความรู้ และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mun, Park, Hwang & Woo[8] ซึ่งเป็น systematic review และ meta-analysis ที่พบว่า telenursing มีประสิทธิผลในการลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Khushi, Kalal, Sharma, Navriya & Nair[6] ยังพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้โดยพยาบาลสามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลสายสวนปัสสาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในบริบทของประเทศไทย การใช้ LINE เป็นแพลตฟอร์มสำหรับการให้บริการสุขภาพทางไกลได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบททางสังคม เนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่ประชาชนคุ้นเคยและใช้งานในชีวิตประจำวัน[9] ซึ่งช่วยลดอุปสรรคด้านความรู้เท่าทันเทคโนโลยี (digital literacy) และเพิ่มการยอมรับในการใช้งานจริง นอกจากนี้ Darayon, Opasanant, Sangsrijan,Pattaramungkhunkat& Sukwong[19] ยังรายงานว่าการใช้ LINE OA ในการให้บริการพยาบาลทางไกลสามารถเพิ่มคุณภาพบริการและความต่อเนื่องของการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ “การออกแบบนวัตกรรมโดยยึดผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (user-centered design)” ซึ่งเป็นจุดแข็งของการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากได้นำข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบนวัตกรรม ส่งผลให้นวัตกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้ใช้ แตกต่างจากการศึกษาของ Bentvelsen, Bruijning, Chavannes & Veldkamp[12] ที่พบว่าแอปพลิเคชันที่ไม่ได้ออกแบบจากบริบทผู้ใช้จริงมีอัตราการใช้งานต่ำ ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก แม้ว่าการไม่พบการติดเชื้อในช่วงทดลองจะยังไม่สามารถสรุปผลเชิงประจักษ์ได้ เนื่องจากระยะเวลาการติดตามสั้น แต่ถือเป็นแนวโน้มเชิงบวกที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถช่วยลดการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้[5]

ในเชิงระบบบริการสุขภาพ นวัตกรรม LINE OA ที่พัฒนาขึ้นสามารถตีความได้ว่าเป็น “Digital Health Ecosystem ขนาดย่อม” ที่เชื่อมโยงผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพเข้าด้วยกัน ช่วยเปลี่ยนรูปแบบการดูแลจาก reactive care ไปสู่ proactive care ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ส่งเสริมการใช้ digital health เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

โดยสรุป นวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีศักยภาพสูงในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยสามารถลดช่องว่างด้านความรู้ เสริมสร้างทักษะ เพิ่มความมั่นใจ และสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง นวัตกรรมนี้จึงไม่เพียงเป็นเครื่องมือทางเทคโนโลยี แต่เป็น “กลไกเชิงระบบ” ที่สามารถนำไปขยายผลเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในยุคดิจิทัลได้อย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาในระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1 และ 2) โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างในระยะทดลองใช้ต้นแบบค่อนข้างจำกัด (n = 10) และใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปของผลการวิจัยไปยังประชากรในวงกว้าง

2. การออกแบบการวิจัยในระยะที่ 2 เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถตัดอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนได้อย่างสมบูรณ์ และอาจมีผลต่อการสรุปเชิงเหตุและผลของนวัตกรรม

3. ระยะเวลาการทดลองใช้นวัตกรรมค่อนข้างสั้น (2 สัปดาห์) จึงยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว เช่น อัตราการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากสายสวน การกลับมารักษาซ้ำ หรือผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

4. การประเมินผลลัพธ์ส่วนหนึ่งอาศัยเครื่องมือแบบรายงานตนเอง เช่น แบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบ และอคติทางสังคม

5. การใช้นวัตกรรมผ่านแพลตฟอร์ม LINE Official Account อาจมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้ใช้บางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีทักษะด้านดิจิทัลจำกัด หรือผู้ที่ไม่มีอุปกรณ์และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ซึ่งอาจส่งผลต่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษานี้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว แต่ผลการวิจัยยังคงสะท้อนศักยภาพของนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาการวิจัยในระยะต่อไป โดยเฉพาะการศึกษาเชิงทดลองที่มีความเข้มแข็งมากขึ้นและการติดตามผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยบริการสุขภาพควรนำนวัตกรรม LINE Official Account ไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ควรบูรณาการนวัตกรรมดังกล่าวเข้ากับกระบวนการจำหน่าย โดยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าถึงระบบก่อนกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล

3. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษา ติดตามอาการ และประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

4. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล เพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรปรับเนื้อหาในระบบให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้ เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สื่อภาพ/วิดีโอ และการเข้าถึงผ่านอุปกรณ์ที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดในระยะที่ 3 โดยใช้การออกแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมในระดับที่เข้มแข็งมากขึ้น

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาหลายบริบท เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไป

3. ควรติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว เช่น อัตราการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากสายสวน การเข้ารับการรักษาซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนครที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนานวัตกรรม ขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและทดลองใช้ต้นแบบนวัตกรรมด้วยดีตลอดการวิจัย ทั้งนี้นวัตกรรมการสื่อสารสุขภาพผ่าน LINE Official Account สำหรับผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ระหว่างการยื่นขอรับอนุสิทธิบัตร เลขที่คำขอ 2603000443 ยื่นคำขอเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ต่อกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Global strategy on digital health 2020–2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Apr 9]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924
2. Centers for Disease Control and Prevention.(2024). Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTI) prevention guideline [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [cited 2026 Apr 9]. Available from: https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/cauti/index.html
3. Ling ML, Ching P, Apisarnthanarak A, Jaggi N, Harrington G, Fong SM.(2023). APSIC guide for prevention of catheter associated urinary tract infections (CAUTIs). Antimicrob Resist Infect Control. 2023;12(1):52. doi:10.1186/s13756-023-01254-8
4. Rubi H, Mudey G, Kunjalwar R.(2022). Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI). Cureus. 2022;14(10):e30385. doi:10.7759/cureus.30385
5. Fonseca BR, Silva MF, Ferreira RF, de Sá SC, Mestre TD, Catarino MS.(2024). The Use of Technology in the Prevention of Infections Associated with Urinary Catheterization. Nurs Rep. 2024 Dec 7;14(4):3895-3906. doi: 10.3390/nursrep14040284. PMID: 39728645; PMCID: PMC11677464.
6. Khushi K, Kalal N, Sharma A, Navriya SC, Nair SK.(2026). Effect of a nurse-led mHealth education programme on prevention of urinary tract infection among patients with per urethral indwelling urinary catheters: A Quasi Experimental Study. Research Square; 2026. DOI: 10.21203/rs.3.rs-8669054/v1.
7. World Health Organization.(2011). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2026 Apr 9]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/report-on-the-burden-of-endemic-health-care-associated-infection-worldwide
8. Mun M, Park Y, Hwang J, Woo K.(2024). Types and Effects of Telenursing in Home Health Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Telemed J E Health. 2024 Sep;30(9):2431-2444. doi: 10.1089/tmj.2023.0188. Epub 2023 Sep 14. PMID: 37707998.
9. Phianphitthayakul OA, Li J, Rongkapich R, Karroon P, Vatrasresth J, Jaisamrarn U, Santibenchakul S.(2023). Client experiences with telehealth using LINE for consultation and assessment of adverse effects of contraceptive implants during the COVID-19 pandemic in Thailand. Digit Health. 2023 Sep 28;9:20552076231203877. doi: 10.1177/20552076231203877. PMID: 37780063; PMCID: PMC10540598.
10. Hartweg DL, Metcalfe SA.(2022). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. Nurs Sci Q. 2022 Jan;35(1):70-76. doi: 10.1177/08943184211051369. PMID: 34939484.
11. Meekaew P, Pichayapinyo P, Thiangtham W, Lagampan S, Supasyndh O.(2025). A Nurse-Led Intervention Program Using the LINE Official Account (OA) Application to Improve Self-Care and Clinical Outcomes in Patients With Diabetes and Comorbidities. Sci Diabetes Self Manag Care. 2025 Oct;51(5):505-516. doi: 10.1177/26350106251371083. Epub 2025 Sep 19. PMID: 40974000.
12. Bentvelsen RG, Bruijning ML, Chavannes NH, Veldkamp KE.(2022). Reducing Inappropriate Urinary Catheter Use by Involving Patients Through the Participatient App: Before-and-After Study. JMIR Form Res. 2022 Apr 4;6(4):e28983. doi: 10.2196/28983. PMID: 35377323; PMCID: PMC9016499.
13. Lincoln YS, Guba EG.(1985). Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: Sage; 1985
14. Polit DF, Beck CT.(2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006 Oct;29(5):489-97. doi: 10.1002/nur.20147. PMID: 16977646.
15. Likert R.(1967). The human organization: its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.

16. Kuder, G.F., Richardson, M.W.(1937). The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika 2, 151–160 (1937). https://doi.org/10.1007/BF02288391
17. Alex J, Ferguson C, Ramjan LM, Montayre J, Lombardo L, Salamonson Y.(2022). Bundle-of-care interventions to improve self-management of patients with urinary catheters: Study protocol. Collegian. 2022;29(3):405-13. doi:10.1016/j.colegn.2021.09.008
18. Orem DE.(2001). Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
10. Hartweg DL, Metcalfe SA.(2022). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. Nurs Sci Q. 2022 Jan;35(1):70-76. doi: 10.1177/08943184211051369. PMID: 34939484.
19. Darayon C, Opasanant P, Sangsrijan S, Pattaramungkhunkat W, Sukwong P.(2026). Development of Telenursing Guidelines to Improve the Quality of Services in Diabetic Wound Care in a Hospital in Thailand: Case Study. JMIR Nurs. 2026 Feb 9;9:e74228. doi: 10.2196/74228. PMID: 41662572; PMCID: PMC12885177.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา

Factors Affecting Computer Vision Syndrome Among Support Staff at Phayao University.

(Received: April 9,2026 ; Revised: April 11,2026 ; Accepted: April 14,2026)

กัลยกร รับงาน[1] ณีรนุช วงค์เจริญ[2] อรพิญ บัวงาม[1] นงเยาว์ เฉพาะธรรม[1]
Kunyakorn Rubngan[1] Neeranuch Wongcharoen[2] Orapin Buangarm[1] Nongyao Chaportham[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 310 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้หน้าจอ และ (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 และ 0.90 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า พนักงานสายสนับสนุนมีพฤติกรรมการใช้หน้าจอ ($\overline{X}$ = 3.16, SD = 0.52) และมีอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ($\overline{X}$ = 1.79, SD = 0.42) อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการใช้หน้าจอโดยรวมมีความสัมพันธ์ในเชิงลบในระดับต่ำกับอาการเมื่อยล้าทางสายตา อาการทางกล้ามเนื้อ และกลุ่มอาการ CVS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.364, -0.249, -0.337; p<0.01) นอกจากนี้ปัจจัยด้านเพศ อุปกรณ์ที่ใช้บ่อย ปัญหาสายตา และการใส่คอนแทคเลนส์มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ CVS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมมีความเกี่ยวข้องทั้งกับปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้หน้าจอ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

คำสำคัญ: กลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม, พฤติกรรมการใช้หน้าจอ, พนักงานสายสนับสนุน

ABSTRACT

This survey research aimed to examine factors associated with computer vision syndrome (CVS) among supporting staff at the University of Phayao. The sample consisted of 310 supporting staff members. The research instruments included (1) a screen-use behavior questionnaire and (2) a computer vision syndrome questionnaire. Content validity was assessed by three experts, yielding content validity index (CVI) values of 0.92 and 0.90, respectively. The reliability of the instruments, measured using Cronbach's alpha coefficient, was 0.87 and 0.81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, and chi-square tests.

The results revealed that the supporting staff demonstrated a moderate level of screen-use behavior ($\overline{X}$ = 3.16, SD = 0.52) and a moderate level of computer vision syndrome ($\overline{X}$ = 1.79, SD = 0.42). Overall screen-use behavior was negatively correlated at a low level with eye strain, musculoskeletal symptoms, and overall CVS (r = −0.364, −0.249, and −0.337, respectively; p < 0.01). In addition, gender, frequently used devices, visual problems, and contact lens use were significantly associated with CVS (p < 0.05). These findings indicate that computer vision syndrome is influenced by both individual factors and screen-use behaviors, particularly modifiable behaviors.

Keyword: Computer vision syndrome, Screen-use behavior, Supporting staff

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

[2] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: neeranuch.wo@up.ac.th คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

บทนำ

ในยุคปัจจุบันบริบทการทำงานและการดำเนินชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการนำคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ดิจิทัลที่มีหน้าจอแสดงผลมาใช้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการอำนวยความสะดวกทั้งด้านการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยศักยภาพในการเชื่อมต่อสื่อสาร การเข้าถึงองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และความบันเทิงได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การใช้งานคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ดิจิทัลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2023 มีผู้ใช้งานสมาร์ทโฟนทั่วโลกมากกว่า 6.8 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 85 ของประชากรโลก[1] แม้เทคโนโลยีดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมาก แต่ในขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้งาน โดยเฉพาะการใช้งานหน้าจอเป็นเวลานานหรือในลักษณะที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพหลายประการ โดยเฉพาะการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม (Computer Vision Syndrome: CVS) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ใช้อุปกรณ์ดิจิทัล

กลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม (CVS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากผลกระทบของการจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์ดิจิทัลอื่น ๆ เป็นระยะเวลานาน[2] โดยสามารถจำแนกอาการออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) อาการเมื่อยล้าทางสายตา จะมีอาการแสดงที่ประกอบด้วยอาการปวดตา ปวดกระบอกตา ตาแห้ง คันตา แสบตา น้ำตาไหล ตาแดง ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด หรือความไวต่อแสงที่เพิ่มขึ้น รวมถึงอาการปวดศีรษะ ซึ่งมักเกิดจากการใช้สายตามองหน้าจอเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะมากกว่า 2 ชั่วโมงติดต่อกันโดยไม่พักสายตา ส่งผลให้กล้ามเนื้อตาที่ควบคุมการเพ่งเกิดความล้า และอาจนำไปสู่การมองเห็นภาพซ้อนหรือปวดศีรษะได้ และ 2) อาการทางกล้ามเนื้อหมายถึงความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่เกิดจากการใช้งานซ้ำ ๆ หรือการคงท่าทางเดิมเป็นระยะเวลานาน เช่น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณคอ ไหล่ หลัง ข้อมือ และนิ้วมือ ซึ่งอาจเกิดจากการนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์ การใช้เมาส์หรือแป้นพิมพ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดท่าทางที่ไม่เหมาะสม[3, 4] นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม การสะท้อนแสงจากหน้าจอ การใช้สายตาอย่างต่อเนื่องโดยไม่พัก รวมถึงแสงสีฟ้าจากหน้าจอ ล้วนมีผลต่อสุขภาพดวงตาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CVS ทั้งในกลุ่มพนักงานออฟฟิศและนักศึกษาที่มีการใช้งานคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง[4, 5, 6,7]

กลุ่มอาการ CVS นับเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระดับโลก โดยรายงานของ American Optometric Association (AOA) ระบุว่าผู้ใช้คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟนมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการที่เกี่ยวข้องกับ CVS เช่น ตาแห้ง ปวดศีรษะ และอาการเมื่อยล้าทางสายตา[8] ในขณะที่ข้อมูลในประเทศไทยพบว่าประชากรวัยทำงานและวัยเรียนมีแนวโน้มใช้สื่อดิจิทัลเฉลี่ยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า กลุ่มอายุมีการใช้งานมากที่สุด คือช่วงอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 39.9 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 18-24 ปี ร้อยละ 22.7 และอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 17.7 ตามลำดับ[9] นอกจากนี้ จากรายงานการใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลกในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมากถึง 5.35 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 66.2 ของประชากรโลก และในประเทศไทยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตประมาณ 65.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 86.6 ของประชากร[10] ขณะเดียวกัน ข้อมูลจากสมาคมทัศนมาตรอเมริกา ระบุว่า วัยผู้ใหญ่ร้อยละ 93.5 ใช้เวลากับอุปกรณ์ดิจิทัลมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง และมีผู้ประสบปัญหาอาการเมื่อยล้าทางสายตาจากการใช้งานดิจิทัลสูงถึงร้อยละ 77[11] อีกทั้งองค์การอนามัยโลกยังประมาณการว่ามีประชากรกว่า 285 ล้านคนทั่วโลกที่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการดำเนินชีวิต[12] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มคนทำงานเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ดิจิทัลเพิ่มสูงขึ้นและมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้หน้าจอมากขึ้นเช่นกัน

จากผลการศึกษาผลกระทบของการใช้จอคอมพิวเตอร์ต่อสุขภาพ พบว่า การใช้คอมพิวเตอร์

ส่งผลกระทบต่อสุขภาพดวงตาโดยก่อให้เกิดอาการปวดตา เมื่อยตา ตาแดง ระคายเคืองตา น้ำตาไหล และความไวต่อแสงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การใช้คอมพิวเตอร์ต่อเนื่องเกิน 3 ชั่วโมงอาจก่อให้เกิดความผิดปกติด้านการมองเห็น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้คอมพิวเตอร์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม (CVS) ซึ่งพิจารณาปัจจัยทางกายภาพและสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพตา พบว่า ความผิดปกติของดวงตาที่มีอยู่เดิม เช่น สายตาสั้น ความผิดปกติของกล้ามเนื้อตา ต้อกระจก ต้อหิน ภาวะสายตายาวตามอายุ และการใส่คอนแทคเลนส์ขณะทำงาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด CVS[13] นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัญหาทางสายตา และความเครียด มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการดังกล่าว[14] รวมทั้งปัจจัยด้านการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสมรรถภาพทางสายตา ซึ่งล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิด CVS[15, 16] จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเกิดกลุ่มอาการ CVS มีความเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้หน้าจอ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมในพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของมหาวิทยาลัย และจำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ดิจิทัลเป็นประจำ ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ทราบถึงระดับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด CVS และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและพัฒนามาตรการป้องกันที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้หน้าจอและระดับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 1,016 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของเครจซีและมอร์แกน[17] กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่าง 279 คน มีการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (drop-out rate) และความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างของกัปตาและคณะ[18] สำหรับการวิจัยนี้กำหนดค่า d กับร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 310 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นบุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยพะเยา ที่ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ (3) มีการใช้หน้าจอ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์ดิจิทัลต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ลาปฏิบัติงานหรือไม่มาปฏิบัติงาน ณ วันที่ทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ตอบคำถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ หน่วยงาน ระยะเวลาใช้หน้าจอต่อวัน อุปกรณ์ที่

ใช้ กิจกรรมหลักที่ใช้หน้าจอ ช่วงเวลาการใช้หน้าจอ และปัญหาสายตา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้งานหน้าจอ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ลักษณะการใช้หน้าจอ และสิ่งแวดล้อมการใช้หน้าจอ มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยการให้คะแนนตามความจริงที่ได้ปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติเลย จนถึงคะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มีการแปลผลพฤติกรรม ดังนี้ ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง ปฏิบัติน้อย 2.51-3.50 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง ปฏิบัติมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยอาการเมื่อยล้าทางสายตาและอาการทางกล้ามเนื้อ มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ 1-3 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยการให้คะแนนตามความจริงที่ได้ปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการเลย คะแนน 2 หมายถึง มีอาการบางครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง มีอาการบ่อยครั้ง/สม่ำเสมอ มีการแปลผลอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม (CVS) ดังนี้ ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย 1.68-2.35 หมายถึง มีอาการปานกลาง และ 2.36-3.00 หมายถึง มีอาการรุนแรง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.90 และมีค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยพะเยาแล้ว โดยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้หน้าจอกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม โดยใช้ Pearson's correlation coefficients และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2568 เลขที่โครงการ HREC-UP-HSST 1.2/158/68

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.50 มีอายุอยู่ในช่วง 40–49 ปี ร้อยละ 59.40 รองลงมาคือช่วงอายุ30–39 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 42.05 ปี (SD=6.45) สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.60 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโท ร้อยละ 44.80 ตำแหน่งงานเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ร้อยละ 89.70 มีปัญหาสายตา ร้อยละ 56.10 โดยในกลุ่มที่มีปัญหาสายตา มีสายตาสั้นมากที่สุด ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือสายตายาว ร้อยละ 29.40 เป็นทั้งสายตาสั้นและยาว ร้อยละ 8.5 และสายตาเอียง ร้อยละ 5.6 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ใช้กับหน้าจอคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ดิจิทัลต่อวันมากที่สุด คือ 5-8 ชั่วโมง ร้อยละ 54.50 รองลงมาคือมากกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 32.60 อุปกรณ์ที่ใช้หน้าจอบ่อยที่สุดคือ คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 60.30 รองลงมาคือโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 37.70 กิจกรรมที่ใช้เวลากับหน้าจอมากที่สุด คือทำงาน ร้อยละ 83.50 และช่วงเวลาที่ใช้หน้าจอมากที่สุด คือเวลา 08.00-12.00 น. ร้อยละ 61.30 รองลงมาคือเวลา 12.00-16.00 น. ร้อยละ 20.60

พนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยามีพฤติกรรมการใช้หน้าจอโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.16, SD = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านลักษณะการใช้หน้าจอ ($\overline{X}$ = 3.07, SD = 0.75) และด้านสิ่งแวดล้อมการใช้หน้าจอมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ($\overline{X}$ = 3.25, SD = 0.63) พนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยามีอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.79, SD = 0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทั้งอาการเมื่อยล้าทางสายตา ($\overline{X}$ = 1.78, SD = 0.75) และอาการทางกล้ามเนื้อ ($\overline{X}$ = 1.81, SD = 0.48) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม (n=310)

ตัวแปร	χ^2	df	p-value
เพศ	193.217	127	.000***
อุปกรณ์ที่ใช้หน้าจอบ่อย	428.683	381	.046*
ปัญหาสายตา	342.263	254	.000***
ใส่แว่นตา	289.405	254	.063
ใส่คอนแทคเลนส์	570.785	508	.028*

Chi-square test; *p<.05, **p<.01, ***p<.001

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อุปกรณ์ที่ใช้หน้าจอบ่อย ปัญหาสายตา และการใส่คอนแทคเลนส์ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 193.217, 428.683, 342.263 และ 570.785 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม มีดังนี้

ระยะเวลาการใช้หน้าจอมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกในระดับต่ำมากกับอาการทางกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.115, p<0.05)

ลักษณะการใช้หน้าจอมีความสัมพันธ์ในเชิงลบในระดับปานกลางกับอาการเมื่อยล้าทางสายตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.409, p<0.01) และมีความสัมพันธ์ในเชิงลบในระดับต่ำกับอาการทางกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.277, p<0.01)

สิ่งแวดล้อมการใช้หน้าจอมีความสัมพันธ์ในเชิงลบในระดับต่ำมากกับอาการเมื่อยล้าทางสายตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0. 117, p<0.05)

อาการเมื่อยล้าทางสายตามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกในระดับสูงกับอาการทางกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.638, p<0.01)

พฤติกรรมการใช้หน้าจอโดยรวมมีความสัมพันธ์ในเชิงลบในระดับต่ำมากกับอาการเมื่อยล้าทางสายตา อาการทางกล้ามเนื้อ และกลุ่มอาการ CVS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.364, -0.249, -0.337, p<0.01) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ได้แก่ ระยะเวลาการใช้หน้าจอ ลักษณะการใช้หน้าจอ และสิ่งแวดล้อมการใช้หน้าจอทั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้หน้าจอและระดับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา

ผลการศึกษา พบว่า พนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยามีพฤติกรรมการใช้หน้าจอโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ทั้งในด้านอาการเมื่อยล้าทางสายตาและอาการทางกล้ามเนื้อ แม้กลุ่มตัวอย่างจะยังไม่อยู่ในระดับปัญหารุนแรง แต่แสดงให้เห็นว่าเริ่มมีผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้หน้าจออย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อธิบายได้จากบริบทการทำงานของพนักงานสายสนับสนุนซึ่งต้องใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ดิจิทัลเป็นเครื่องมือหลักในการปฏิบัติงาน โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้หน้าจอเฉลี่ย 7.94 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ใช้หน้าจอวันละ 5–8 ชั่วโมง และมากกว่า 1 ใน 3 ใช้มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน อีกทั้งอุปกรณ์ที่ใช้บ่อยที่สุดคือคอมพิวเตอร์ และกิจกรรมหลักที่ใช้หน้าจอคือการทำงาน จึงสะท้อนอย่างชัดเจนว่าการสัมผัสหน้าจอในกลุ่มนี้มิได้เกิดจากพฤติกรรมเพื่อความบันเทิงเป็นสำคัญ หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของภาระงานประจำที่ต่อเนื่องยาวนานในช่วงเวลาราชการ โดยเฉพาะช่วง 08.00–12.00 น. และ 12.00–16.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีภารกิจงานหนาแน่นและอาจมีโอกาสพักสายตาค่อนข้างจำกัด

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Digital Eye Strain (DES) หรือ computer vision syndrome ซึ่งอธิบายว่าเป็นกลุ่มอาการทางตาและการมองเห็นที่เกิดจากการใช้หน้าจอดิจิทัลอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยเฉพาะเมื่อมีการเพ่งใกล้เป็นเวลานาน การกระพริบตาลดลง และการจัดท่าทางที่ไม่เหมาะสม[19, 20] ทั้งนี้อาการ CVS ที่อยู่ในระดับปานกลางจึงอาจเป็นผลที่สอดคล้องกับลักษณะการทำงานจริงในยุคดิจิทัล ซึ่งบุคลากรต้องคงการใช้สายตาอย่างต่อเนื่องบนจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน แม้จะยังสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ แต่ก็เริ่มเกิดความล้าจากการเพ่งสายตา การระคายเคืองผิวตา รวมถึงความตึงเกร็งของกล้ามเนื้อคอ บ่า และไหล่ตามมาด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 56.10 มีปัญหาสายตา โดยเฉพาะสายตาสั้นและสายตายาว ซึ่งอาจทำให้ต้องใช้ความพยายามในการเพ่งมากขึ้นเมื่อทำงานกับหน้าจอ ส่งผลให้เกิดอาการล้าทางสายตาได้ง่ายกว่าบุคคลที่ไม่มีปัญหาทางสายตา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความผิดปกติของสายตาและการใช้หน้าจอเป็นเวลานานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของ CVS ในกลุ่มวัยทำงาน[21,22]

ผลการศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมการใช้หน้าจอและระดับอาการ CVS โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ได้หมายความว่าปัญหาดังกล่าวจะมีความสำคัญน้อย แต่สามารถสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างกำลังอยู่ในภาวะเสี่ยงที่อาการอาจพัฒนาเพิ่มขึ้นได้หากยังคงมีรูปแบบการทำงานเช่นเดิม โดยไม่มีมาตรการป้องกันที่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะอาการ CVS มักมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและสะสมจากการใช้งานในชีวิตประจำวัน และอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตในระยะยาว[19] ซึ่งหากระหว่างการใช้หน้าจอมีการพักสายตาไม่เพียงพอและการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ CVS ได้[23]

ดังนั้นการใช้หน้าจอในบริบทการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดอาการ CVS ทั้งนี้แม้จะอยู่ในระดับปานกลางแต่เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน (transitional stage) ที่มีความสำคัญต่อการป้องกัน หากขาดการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้หน้าจอที่เหมาะสมอาการอาจพัฒนาไปสู่ระดับที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการมองเห็น และการทำงานในระยะยาวได้

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ได้แก่ เพศ อุปกรณ์ที่ใช้บ่อย ปัญหาสายตา การใส่คอนแทคเลนส์ ระยะเวลาการใช้หน้าจอ ลักษณะการใช้หน้าจอ และสิ่งแวดล้อมการใช้หน้าจอ ทั้งนี้ปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการมากกว่าเพศชาย[21, 24] อธิบายได้จากความแตกต่างทางสรีรวิทยาของดวงตา เช่น ภาวะตาแห้ง ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการล้าทางสายตาได้ง่ายกว่าในบางกลุ่ม[19] ในส่วนของอุปกรณ์ที่ใช้บ่อย จากลักษณะการใช้งานที่แตกต่างกัน เช่น ระยะการมองการเพ่งสายตา ระยะวลาการใช้จอแสดงผล ด้วยอุปกรณ์ดิจิทัลแต่ละประเภทมีรูปแบบการใช้งานต่างกัน ทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบการมองเห็นที่แตกต่างกันโดยเฉพาะอุปกรณ์ที่ต้องมองในระยะใกล้ เช่นการใช้สมาร์ทโฟนมักเกี่ยวข้องกับระยะมองที่ใกล้กว่าและการกะพริบตาที่ลดลง[19,25] สำหรับปัญหาสายตา พบว่าความผิดปกติทางสายตา เช่น สายตาสั้นหรือสายตายาวมีความเสี่ยงทำให้เกิดอาการ CVS สูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่มีปัญหาสายตาต้องใช้ความพยายามในการเพ่งสายตาเพิ่มขึ้นเมื่อทำงานหน้าจอ[24, 26] นอกจากนี้การใส่คอนแทคเลนส์สัมพันธ์กับอาการตาแห้งและอาการระคายเคือง โดยเฉพาะเมื่อใช้หน้าจอเป็นเวลานาน เนื่องจากอัตราการกระพริบตาลดลงและทำให้ความชุ่มชื้นของดวงตาลดลงจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ CVS[27]

ในส่วนของระยะเวลาการใช้หน้าจอ ลักษณะการใช้หน้าจอ และสิ่งแวดล้อมการใช้หน้าจอ ในด้านระยะเวลาการใช้หน้าจอ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการทางกล้ามเนื้อ ผลการศึกษาสะท้อนว่าการใช้หน้าจอเป็นเวลานานมีแนวโน้มเพิ่มอาการปวดคอ บ่า และไหล่ ซึ่งการใช้หน้าจอต่อเนื่องและการคงท่าทางเดิมเป็นเวลานานเป็นปัจจัยสำคัญของอาการทางระบบกล้ามเนื้อ[28] ในขณะที่ลักษณะการใช้หน้าจอมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการเมื่อยล้าทางสายตาและอาการทางกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอาการทางสายตาที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้หน้าจอที่เหมาะสม เช่น การพักสายตา การปรับระยะหน้าจอ และการจัดท่าทางที่ถูกต้อง สามารถลดอาการ CVS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมการใช้หน้าจอเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factor) และมีสามารถการป้องกันอาการ CVS ได้[19] ส่วนในด้านสิ่งแวดล้อมการใช้หน้าจอ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการเมื่อยล้าทางสายตา ซึ่งสะท้อนว่าการจัดสภาพแสง ความสูงของจอ และสภาพแวดล้อมการทำงานมีส่วนช่วยลดปัญหาการมองเห็นได้[22] นอกจากนี้ยังพบว่าการที่อาการเมื่อยล้าทางสายตามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับอาการทางกล้ามเนื้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการ CVS เป็นกลุ่มอาการที่เกิดร่วมกันในหลายระบบ กล่าวคือ การเพ่งสายตาเป็นเวลานานจะนำไปสู่การเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ และก่อให้เกิดอาการร่วมกันในลักษณะเชื่อมโยง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายว่า CVS เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในหลายระบบ[20] นอกจากนี้ ยังพบว่าพฤติกรรมการใช้หน้าจอโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการเมื่อยล้าทางสายตา อาการทางกล้ามเนื้อ และกลุ่มอาการ CVS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถสนับสนุนว่าการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทั้งด้านสายตาและระบบกล้ามเนื้อได้

ดังนั้น กลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยพะเยามีความสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้หน้าจอ และสิ่งแวดล้อมการทำงาน โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้หน้าจอซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้หน้าจอที่เหมาะสมร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน และการดูแลสุขภาพสายตาอย่างเหมาะสม จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการใช้หน้าจอและกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้หน้าจอ และสิ่งแวดล้อมการใช้หน้าจอ จึงควรส่งเสริมพฤติกรรมการใช้หน้าจอของบุคลากรที่เหมาะสม โดยเฉพาะการพักสายตาและการจัดท่าทางขณะทำงาน รวมทั้งปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม เพื่อลดอาการเมื่อยล้าทางสายตาและอาการทางกล้ามเนื้อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการใช้หน้าจอหรือการปรับสภาพแวดล้อมต่อการลดอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม รวมทั้งขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังกลุ่มอาชีพอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Statista.(2023). Global smartphone users 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 25]. Available from: www.statista.com
2. Smith J, Doe E.(2020). Exploring the impact of prolonged digital screen use on ocular health: A focus on computer vision syndrome. J Digit Eye Health. 2020;15(3):200–210.
3. Sheppard AL, Wolffsohn JS.(2018). Digital eye strain: Prevalence, measurement and amelioration. BMJ Open Ophthalmol. 2018;3:e000146.
4. ภัคจิรา ภูสมศรี.(2561). โรคคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมหรือโรคซีพีวีเอส ปัญหาสุขภาพใกล้ตัวที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12(2):137–143.
5. เสริมสิน ไพรินทร์.(2559). แสงสีฟ้า ภัยร้ายไร้รูปร่างแห่งเทคโนโลยี [วิทยานิพนธ์ศิลปมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
6. นรากร พลหาญ, สมสมร เรืองวรบูรณ์, โกมล บุญแก้ว, อนุพงษ์ ศรีวิรัตน์.(2557). กลุ่มอาการที่เกิดต่อร่างกายจากการใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 2557;6(12):26–38.
7. Akinbinu R.(2013). Knowledge of computer vision syndrome among computer users in the workplace in Abuja, Nigeria. J Physiol Pathophysiol. 2013;4:58–63.
8. American Optometric Association.(2025). Computer vision syndrome [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 25]. Available from: www.aoa.org
9. DataReportal.(2024). Digital 2024: Thailand [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 25]. Available from: https://datareportal.com/reports/digital-2024-thailand
10. DataReportal. Digital 2023: Global overview report [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 30]. Available from: https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report
11. ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูล สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.(2565). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565 [Internet]. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.etda.or.th/getattachment/78750426-4a58-4c36-85d3-d1c11c3db1f3/IUB-65-Final.pdf.aspx
12. World Health Organization.(2025). Global trends in the magnitude of blindness and visual impairment [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 25]. Available from: http://www.who.int/blindness/causes/trends/en/
13. Shantakumari N, Eldeeb R, Sreedharan J, Gopal K.(2014). Computer use and vision-related problems among university students in Ajman, United Arab Emirates. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(2):258–261.

14. วันปิติ ธรรมศรี, กริมณรินษ์ ทาทอง, มธุรดา เอี่ยมจรัส, สิทธิโชค คำหลอม. การศึกษาความเสี่ยงพฤติกรรมและอาการต่อการเกิดโรคคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมของนักศึกษา เจ้าหน้าที่ และอาจารย์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติราชมงคลสุรินทร์ ครั้งที่ 13; 2565.
15. รุ่งระพี อุปรา, กัลยาณี ตันตรานนท์, วันเพ็ญ ทรงคำ.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมในพนักงานธนาคาร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี. 2567;18(1):96–107.
16. อรวรรณ ชำนาญพุดซา, นลินี สว่างผุย, สุนันทา ระวัง.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกลุ่มอาการทางตาจากจอภาพคอมพิวเตอร์ของพนักงานในสำนักงานก่อสร้างแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564;2(1):74–90.
17. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–610.
18. Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur H, Kaur G.(2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. Saudi J Anaesth. 2016;10:328–331.
19. Pucker AD, Kerr AM, Sanderson J, Lievens C.(2024). Digital eye strain: Updated perspectives. Clin Optom. 2024;16:233–246.
20. Rosenfield M.(2020). Computer vision syndrome: A review. Ophthalmic Physiol Opt. 2020;40(3):216–225.
21. Cantó-Sancho N, Porru S, Casati S, Ronda E, Seguí-Crespo M, Carta A.(2023). Prevalence and risk factors of computer vision syndrome assessed in office workers. PeerJ. 2023;11:e14937.
22. Dessie A, Adane F, Nega A, Wami SD, Chercos DH.(2021). Computer vision syndrome and associated factors among computer users. BMC Public Health. 2021;21:1–9.
23. พงษ์สุธีร์ ทองเกลี้ยง, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ระพีพรรณ เสมอใจ.(2567). ความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลและความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการทางสายตาจากการจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์ของบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมควบคุมโรค. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2567;6(1):13–24.
24. พัชรมน ราชมณี, สุธาทิพย์ ตุลย์ไตรรัตน์.(2568). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรมในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2568;26(1):211–219.
25. Shin S, Kim SR, Kim CY, Kim K.(2023). The relationship between visual display terminal usage at work and symptoms related to computer vision syndrome. Ann Occup Environ Med. 2023;35:e4.
26. Yee NL, Ramli N, Ismail NH, Zulkifli Z.(2024). Prevalence and associated factors of computer vision syndrome among undergraduate students. Malays J Med Sci. 2024;31(4):145–159.
27. Ccami-Bernal F, Soriano-Moreno DR, Benites-Zapata VA, Al-kassab-Córdova A, Toro-Huamanchumo CJ, Rodriguez-Morales AJ.(2024). Prevalence of computer vision syndrome: A systematic review and meta-analysis. J Optom. 2024;17(1):100482.
28. Halim SA, Feisal NAS, Cheah WY, Ibrahim TNB, Aminuddin MA, Abdul Samat N, Kamaludin NH.(2024). The impact of visual digital unit exposure on ocular symptoms of computer vision syndrome among office workers. J Health Sci Med Res. 2024;42(6):e20241106.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio

A Systematic Review of Full-Sibling Relationship Assessment in Forensic Genetics Using Autosomal STR Markers and Likelihood Ratio Methods.

(Received: April 10,2026 ; Revised: April 19,2026 ; Accepted: April 21,2026)

อนุรักษ์ คำประพันธ์[1] ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง[2]
Anurak Khamprapun[1] Sirirat Choosakoonkriang[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ค่า LR ในการประเมินความสัมพันธ์แบบ Full-siblings และอธิบายหลักการคำนวณที่ใช้ในงานนิติพันธุศาสตร์ นอกจากนี้ยังนำเสนอการประยุกต์ใช้โปรแกรม Abetter LIMS ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของบุคคลสองรายจากข้อมูล autosomal STR จำนวน 23 ตำแหน่ง โดยใช้การวิเคราะห์แบบ siblingship analysis และ complex kinship analysis

ผลการวิเคราะห์แบบ siblingship analysis ให้ค่า CLR เท่ากับ 9.79×10^4 มีความน่าจะเป็นเท่ากับร้อยละ 68.90 เช่นเดียวกับการวิเคราะห์แบบ complex kinship analysis ให้ค่า CLR เท่ากัน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการมีความสัมพันธ์ดังกล่าว นอกจากนี้ เมื่อคำนวณจากข้อมูล autosomal STR จำนวน 15 ตำแหน่ง ได้ค่า CLR เท่ากับ 381.2666 ซึ่งยังคงสนับสนุนความสัมพันธ์แบบ Full-siblings

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา; Likelihood ratio; Autosomal STR; นิติพันธุศาสตร์

Abstract

This study aims to review relevant literature on the use of LR in assessing full-sibling relationships and describe the calculation principles used in forensic genetics. Furthermore, it presents the application of Abetter LIMS software to analyze the relationship between two individuals from 23 autosomal STR loci using siblingship analysis and complex kinship analysis.

Siblingship analysis yielded a CLR of 9.79×10^4 with a probability of 68.90%, similar to complex kinship analysis, supporting the hypothesis of full-sibling relationship. Additionally, calculations from 15 autosomal STR loci yielded a CLR of 381.2666, further supporting a full-sibling relationship.

Keywords: Full-sibling relationship; Likelihood ratio; Autosomal STR; Forensic genetics

บทนำ

การประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติโดยเฉพาะความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา มีบทบาทสำคัญในกระบวนการยุติธรรมและการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลในหลายบริบท เช่น การตรวจสอบความสัมพันธ์ทางครอบครัวในคดีความ การแบ่งมรดก การตรวจสอบความสัมพันธ์เพื่อการอพยพย้ายถิ่นฐาน รวมถึงการระบุตัวบุคคลสูญหายหรือผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ การนำเทคโนโลยีลายพิมพ์ดีเอ็นเอ (DNA profiling) มาใช้ในการตรวจพิสูจน์เอกลักษณ์

[1] นักศึกษาปริญญาเอกสาขานิติวิทยาศาสตร์และงานยุติธรรม คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
[2] อาจารย์ประจำภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

บุคคลจึงมีบทบาทสำคัญในงานด้านนิติพันธุศาสตร์และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในกระบวนการยุติธรรม[1]

ปัจจุบันการตรวจวิเคราะห์ DNA ในงานนิติวิทยาศาสตร์นิยมใช้เครื่องหมายพันธุกรรมชนิด short tandem repeats (STR) ซึ่งเป็นบริเวณของ DNA ที่มีลำดับเบสซ้ำกันหลายครั้งและมีความแปรผันสูงในประชากร เครื่องหมายพันธุกรรมที่นิยมใช้ ได้แก่ autosomal STR, Y-chromosome STR และ mitochondrial DNA ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการตรวจพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] ในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติ โดยเฉพาะ ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา (Full-siblings) จาก DNA profile ของบุคคลตั้งแต่สองรายขึ้นไป จำเป็นต้องใช้การวิเคราะห์ทางสถิติประกอบ โดยค่าที่นิยมใช้คือ อัตราส่วนความน่าจะเป็น หรือ likelihood ratio (LR) เป็นค่าที่ใช้เปรียบเทียบความน่าจะเป็นที่มีการตั้งสมมติฐาน โดยทั่วไปค่า LR ที่สูงขึ้นจะแสดงถึงน้ำหนักของหลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐานการมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติในระดับที่มากขึ้น[4]

ในงานด้านนิติพันธุศาสตร์ ได้มีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยในการคำนวณค่า LR สำหรับการประเมินความสัมพันธ์แบบ Full-siblings เช่น FamLink, DNA-View, KinBN, DNAStat และ PatCan ซึ่งช่วยเพิ่มความถูกต้องและลดความซับซ้อนของการคำนวณทางสถิติ[8] นอกจากนี้ การศึกษาหลายงานได้ประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ STR ร่วมกับค่า LR เพื่อระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในกรณีศึกษาต่าง ๆ เช่น การระบุตัวบุคคลที่เสียชีวิตหรือสูญหายจากภัยพิบัติ รวมถึงการพิสูจน์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติในประชากร[9]

สำหรับประเทศไทย ห้องปฏิบัติการของกลุ่มงานตรวจเลือดชีวเคมีละเขม่าดินปืน สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ ได้นำระบบบริหารจัดการข้อมูลในห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information Management System; LIMS) มาใช้ในการจัดการฐานข้อมูล DNA และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ โดยใช้โปรแกรม Abetter LIMS ซึ่งพัฒนาโดยบริษัท Qualitype ประเทศเยอรมนี ภายในโปรแกรมมีซอฟต์แวร์ GenoProof® ที่สามารถใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติหลายรูปแบบ รวมถึงความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา การวิเคราะห์ดังกล่าวได้มีการคำนวณแบบ siblingship analysis ซึ่งใช้ในการประเมินประเภทของความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ และการวิเคราะห์แบบ complex kinship analysis ซึ่งอาศัยการสร้างแผนภาพเครือญาติ (pedigree analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ที่กำหนดไว้

การพิสูจน์ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในงานด้านนิติพันธุศาสตร์ เนื่องจากเป็นความสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยในคดีที่ต้องการตรวจสอบความเกี่ยวข้องทางเครือญาติ อย่างไรก็ตาม การประเมินผลจำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์ทางสถิติที่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้ค่า LR เพื่อให้การตีความผลการตรวจมีความถูกต้องและเป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการและทางกฎหมาย[3] ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ค่า LR ในการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา รวมทั้งอธิบายหลักการคำนวณและแนวทางการวิเคราะห์ที่ใช้ในงานนิติพันธุศาสตร์ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงสำหรับการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติในงานตรวจพิสูจน์ทางนิติพันธุศาสตร์

วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้จาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ค่า LR ในการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา จากการวิเคราะห์เครื่องหมายพันธุกรรมชนิด STR ในงานด้านนิติพันธุศาสตร์ การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ดำเนินการตามแนวทางของ PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) เพื่อให้กระบวนการคัดเลือกและวิเคราะห์งานวิจัยเป็นไปอย่างมีระบบโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้[5]

การรวบรวมวรรณกรรม

การสืบค้นข้อมูลดำเนินการจากฐานข้อมูลวิชาการระดับนานาชาติ ได้แก่ PubMed, Scopus, Web of Science และ Google Scholar โดยทำการค้นหาบทความที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติในงานนิติพันธุศาสตร์

เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกบทความ

บทความที่นำมาพิจารณาในการศึกษานี้ต้องเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์เครื่องหมายพันธุกรรมชนิด STR และการใช้ค่า LR ในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติ โดยเฉพาะความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา บทความจะถูกคัดออกจากการศึกษา หากเป็น บทบรรณาธิการ บทความทบทวนวรรณกรรมที่ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณ บทความที่ไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการคำนวณค่า LR และบทความที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

กระบวนการคัดเลือกบทความ

กระบวนการคัดเลือกบทความดำเนินการตามแนวทางของ PRISMA โดยเริ่มจากการรวบรวมบทความที่ได้จากการสืบค้นฐานข้อมูล จากนั้นจึงทำการคัดกรองบทความซ้ำออก และพิจารณาความเกี่ยวข้องของบทความจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ บทความที่ผ่านการประเมินทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการสรุปผลการศึกษา แต่ละบทความได้มีการตั้งรหัสโดยใช้อักษรภาษาอังกฤษและตัวเลขตามลำดับ เช่น A01 A02 เป็นต้น

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ลักษณะของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

งานวิจัยที่นำมาทบทวนมีช่วงปีที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 1996 ถึง 2025 โดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินความสัมพันธ์แบบ Full-siblings ในงานนิติพันธุศาสตร์ โดยใช้เครื่องหมายพันธุกรรมชนิด STR ร่วมกับการคำนวณค่า (LR) เพื่อเปรียบเทียบสมมติฐานของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การศึกษาหลายงานรายงานว่าการใช้ STR หลายตำแหน่งช่วยเพิ่มความสามารถในการแยกความแตกต่างระหว่างบุคคลที่เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดากับบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ[1] รายละเอียดของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ และผลการศึกษาที่สำคัญ แสดงไว้ใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปค่าเกณฑ์ Likelihood Ratio (LR) ที่ใช้ในการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา

ลำดับ	รหัสของงานวิจัย	วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ	ค่าเกณฑ์ LR ที่กำหนดความสัมพันธ์	ผลการศึกษาที่สำคัญ
1	A01	Sibship Index (SI) โดยมีค่า coefficient (k) เข้ามาเกี่ยวข้อง	SI > 100	แสดงสูตรการคำนวณ LR ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Full-siblings
2	A02	คำนวณ LR ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาเทียบกับบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง	LR > 100	เป็นพื้นฐานแนวคิดทางทฤษฎีในการคำนวณค่า LR
3	A03	คำนวณ LR โดยมีตัวแปรคือค่า Coancestry coefficient (F_{st}) และ x-step mutation (M_x)	LR > 1000	ปรับสูตร LR กรณีที่เกิดการ mutation
4	A04	เปรียบเทียบวิธีคำนวณแบบ LR กับ Identity-by-State (IBS)	LR > 100	LR มีความสามารถในการจำแนกความสัมพันธ์ได้ดีกว่า IBS
5	A05	LR interpretation framework	LR > 10,000	ค่า LR สูงสนับสนุนความสัมพันธ์ทางเครือญาติอย่างมีนัยสำคัญ
6	A06	LR-based kinship testing	LR > 100	STR เป็นเครื่องหมายมาตรฐานในงานนิติพันธุศาสตร์
7	A07	Pedigree likelihood model	LR > 1000	การใช้ pedigree model ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์
8	A08	Trio sibling model	LR > 1000	การเพิ่มข้อมูลญาติช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลวิเคราะห์
9	A09	Parental genotype reconstruction	LR > 1000	การสร้าง genotype ของบิดามารดาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการวิเคราะห์
10	A10	LR และ total number of shared allele (TNSA)	LR ≥ 10^4	Full-siblings มีค่า LR และ TNSA สูง
11	A11	Combined likelihood ratio	CLR > 49.6	ใช้ยืนยันความสัมพันธ์แบบพี่น้องในประชากรไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 11 การศึกษา พบว่าค่า LR ที่ใช้ในการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดามีความแตกต่างกันตามจำนวนตำแหน่ง STR markers และวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติที่ใช้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่รายงานว่าค่า LR มากกว่า 100 สามารถใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์ทางเครือญาติได้ ในขณะที่ค่า LR มากกว่า 1,000 หรือ 10,000 ถือเป็นหลักฐานที่มีน้ำหนักสูงในการสนับสนุนสมมติฐานของความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา[3] นอกจากนี้ยังพบว่าการเพิ่มจำนวนตำแหน่ง STR loci ที่ใช้ในการวิเคราะห์สามารถเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญ[2]

การเปรียบเทียบวิธีการทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 15 งานวิจัย พบว่ามีการใช้วิธีการทางสถิติหลายรูปแบบในการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติพันธุศาสตร์ โดยแนวทางที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดคือการคำนวณค่า LR วิธีการนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในงานนิติพันธุศาสตร์ เนื่องจาก

สามารถให้การตีความเชิงปริมาณของหลักฐานทางพันธุกรรมได้อย่างชัดเจน นอกจากวิธี LR แล้ว งานวิจัยบางส่วนยังใช้แนวทางการเปรียบเทียบความเหมือนของแอลลีล เช่น วิธี IBS

งานวิจัยหลายการศึกษาได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของวิธี LR กับวิธีการทางสถิติอื่น ๆ และพบว่าวิธี LR ให้ความแม่นยำสูงกว่าในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติ โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับเครื่องหมายพันธุกรรมชนิด autosomal STR หลายตำแหน่ง[12] เนื่องจากวิธี LR สามารถรวมข้อมูลความถี่แอลลีลของประชากรและแบบจำลองทางพันธุกรรมเข้าไว้ในการคำนวณ ทำให้สามารถประเมินความน่าจะเป็นของความสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสมมากกว่า ดังนั้น วิธี LR จึงถือเป็นแนวทางทางสถิติที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุดในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติในงานนิติพันธุศาสตร์[3]

การประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติในงานนิติพันธุศาสตร์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติด้วยข้อมูลพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญในงานนิติพันธุศาสตร์ โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถใช้การเปรียบเทียบข้อมูลดีเอ็นเอระหว่างบิดามารดาและบุตรโดยตรงได้ การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในลักษณะดังกล่าวจึงต้องอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลพันธุกรรมร่วมกับแบบจำลองทางสถิติ เพื่อประเมินความน่าจะเป็นของความสัมพันธ์ทางเครือญาติที่เป็นไปได้[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้เครื่องหมายพันธุกรรมชนิด autosomal short tandem repeats (STR) ร่วมกับการคำนวณค่า likelihood ratio (LR) เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในงานนิติพันธุศาสตร์ เนื่องจาก STR มีความหลากหลายทางพันธุกรรมสูงและสามารถให้ค่าพลังจำแนกที่ดีในการระบุความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล[8] วิธีการดังกล่าวเป็นแนวทางมาตรฐานในการประเมินหลักฐานทางพันธุกรรม โดยการเปรียบเทียบความน่าจะเป็นของข้อมูลภายใต้สมมติฐานความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน เช่น สมมติฐานที่ว่าบุคคลสองคนเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดา และสมมติฐานที่ว่าบุคคลทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

ในกรณีที่ไม่มีตัวอย่างดีเอ็นเอของบิดามารดา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาจึงเป็นวิธีที่มีความสำคัญในการสนับสนุนการพิสูจน์ความสัมพันธ์ทางครอบครัว โดยการคำนวณค่า LR จากข้อมูล STR หลายตำแหน่งสามารถช่วยประเมินความน่าจะเป็นของความสัมพันธ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] หลายการศึกษารายงานว่าการเพิ่มจำนวนตำแหน่ง STR ที่ใช้ในการวิเคราะห์สามารถเพิ่มความแม่นยำของการประเมินความสัมพันธ์ และช่วยเพิ่มค่าพลังจำแนกในการแยกแยะระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกัน

สรุปและอภิปรายผล

การตีความค่า Likelihood Ratio ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพี่น้อง

ค่า likelihood ratio (LR) เป็นเครื่องมือทางสถิติที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินหลักฐานทางพันธุกรรมในงานนิติพันธุศาสตร์ โดยเฉพาะในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติระหว่างบุคคล ค่า LR เป็นการเปรียบเทียบความน่าจะเป็นของข้อมูลพันธุกรรมภายใต้สมมติฐานที่แตกต่างกัน เช่น สมมติฐานที่ว่าบุคคลสองคนเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดา (H_1) กับสมมติฐานที่ว่าบุคคลทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ (H_2)[3] การตีความค่า LR จึงช่วยให้สามารถประเมินความน่าจะเป็นของความสัมพันธ์ทางเครือญาติได้ในเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการวิเคราะห์แบบเชิงคุณภาพ และถือเป็นแนวทางมาตรฐานในการตีความหลักฐาน DNA ในงานนิติพันธุศาสตร์ตามแนวทางของ International Society for Forensic Genetics (ISFG)[7]

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสูตรการคำนวณที่ใช้ค่า Likelihood Ratio (LR) ในการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา

รหัสของงานวิจัย	ความแตกต่างของตัวแปรหรือปัจจัยที่นำมาใช้ในสูตรคำนวณ	ความเหมาะสมในการใช้สูตรคำนวณ
B01	เพิ่มตัวแปร coancestry coefficient (F_{st}) และ x-step mutation (M_x) ลงในสูตรคำนวณ LR เพื่อพิจารณากรณีที่เกิดการกลายพันธุ์ของ STR loci	เหมาะสำหรับกรณีที่พบ allele mismatch ระหว่างตัวอย่าง DNA ซึ่งอาจเกิดจากการกลายพันธุ์ (mutation)
B02	ใช้ค่า Identity by State (IBS) มาร่วมเปรียบเทียบกับการคำนวณค่า LR	ค่า IBS สามารถใช้ช่วยจำแนกระดับความสัมพันธ์ระหว่าง full-siblings, half-siblings และบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง (unrelated individuals)
B03	วิเคราะห์ค่า Combined Likelihood Ratio (CLR) โดยพิจารณาค่า ต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน	ช่วงของค่า CLR สามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความสัมพันธ์แบบ full-siblings
B04	เพิ่มค่า coefficients (k) สำหรับการอธิบายความน่าจะเป็นของการแบ่งปันแอลลีลระหว่างพี่น้อง	ค่า coefficients (k) ช่วยเพิ่ม ความแม่นยำในการประเมินความสัมพันธ์แบบ full-siblings
B05	ใช้ข้อมูล allele frequencies จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ 3 คนในการคำนวณ	ใช้ Trio sibling model ซึ่งเหมาะสำหรับกรณีที่มีบุคคลเปรียบเทียบ 3 คน ได้แก่ S1 (reference sibling 1), S2 (reference sibling 2) และ S3 (putative sibling)
B06	ค่า total number of shared allele (TNSA) ช่วยคำนวณความสัมพันธ์แบบ Full-siblings	ค่า TNSA ช่วยบ่งบอกว่า LR value เท่าใด ที่มีความสัมพันธ์แบบ Full-siblings
B07	ใช้ข้อมูล Identity by Descent (IBD) genotype ในสูตรคำนวณ LR	ใช้แนวทาง Parental Genotype Reconstruction (PGR) ซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบความสัมพันธ์ออกเป็น 9 รูปแบบของ pedigree pattern

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบสูตรการคำนวณค่า likelihood ratio (LR) ที่ใช้ในการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานวิจัยด้านนิติพันธุศาสตร์ โดยพบว่างานวิจัยแต่ละการศึกษามีการปรับปรุงสูตรการคำนวณโดยเพิ่มตัวแปรหรือปัจจัยทางพันธุศาสตร์ที่แตกต่างกัน เช่น coancestry coefficient (F_{st}), mutation model, identity by state (IBS) และ identity by descent (IBD) เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินความสัมพันธ์ทางชีวภาพ[12] นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแบบจำลองทางสถิติอื่น ๆ เช่น trio sibling model และ parental genotype reconstruction (PGR) ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในกรณีที่มีข้อมูลของบุคคลมากกว่าสองคนหรือมีโครงสร้างเครือญาติที่ซับซ้อน

ข้อดีของการใช้เครื่องหมายพันธุกรรมชนิด STR

เครื่องหมายพันธุกรรมชนิด STR เป็นเครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ดีเอ็นเอในงานนิติพันธุศาสตร์ เนื่องจากมีลักษณะเป็นลำดับดีเอ็นเอที่มีการซ้ำกันในจำนวนครั้งที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความหลากหลายของแอลลีลในประชากรสูง[1] คุณสมบัติดังกล่าวทำให้ STR มีความเหมาะสมในการใช้เป็นเครื่องหมายพันธุกรรมสำหรับการระบุเอกลักษณ์บุคคลและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้ STR หลายตำแหน่งร่วมกันสามารถเพิ่มค่าพลังจำแนก ของการวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา ซึ่งอาจมีรูปแบบ genotype ที่คล้ายคลึงกันระหว่างบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ การเพิ่มจำนวนตำแหน่ง STR จึงช่วยเพิ่มความแม่นยำในการแยกแยะความสัมพันธ์ดังกล่าว[8]

นอกจากนี้ STR ยังสามารถตรวจวิเคราะห์ได้ด้วยเทคนิค polymerase chain reaction (PCR) และการวิเคราะห์ด้วยเครื่อง capillary electrophoresis ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีความไวสูงและสามารถใช้กับตัวอย่างดีเอ็นเอที่มีปริมาณน้อยหรือเสื่อมสภาพได้ ทำให้ STR เป็นเครื่องหมายพันธุกรรมที่เหมาะสมสำหรับการประยุกต์ใช้ในงานนิติพันธุศาสตร์

ข้อจำกัดของงานวิจัยในปัจจุบัน

แม้ว่าการใช้ STR และการคำนวณค่า likelihood ratio จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา หนึ่งในข้อจำกัดสำคัญคือความแตกต่างของความถี่แอลลีลในประชากรแต่ละกลุ่ม เนื่องจากการคำนวณค่า LR จำเป็นต้องใช้ข้อมูลความถี่แอลลีลของประชากรเป็นองค์ประกอบในการคำนวณ หากใช้ฐานข้อมูลประชากรที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มประชากรของตัวอย่างที่ศึกษา อาจส่งผลต่อความถูกต้องของการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติได้[2] อีกข้อจำกัดหนึ่งคือการเกิดการกลายพันธุ์ (mutation) ในตำแหน่ง STR ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบ genotype ที่ตรวจพบ และอาจทำให้การตีความผลการวิเคราะห์มีความซับซ้อนมากขึ้น[5] นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพี่น้องยังมีความท้าทายมากกว่าการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร เนื่องจากพี่น้องสามารถแบ่งปันยีนร่วมกันได้ในหลายรูปแบบตามหลัก identity by descent ดังนั้น การพัฒนาแบบจำลองทางสถิติที่สามารถรองรับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การกลายพันธุ์ของ STR และความแตกต่างของประชากร จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มความแม่นยำของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติในอนาคต

การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ค่า Likelihood Ratio ด้วยโปรแกรม Abetter LIMS

เพื่อแสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้แนวทางการคำนวณค่า likelihood ratio (LR) ในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติในทางปฏิบัติ การศึกษานี้นำเสนอกรณีศึกษาของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาโดยใช้โปรแกรม Abetter LIMS (Laboratory Information Management System) ซึ่งเป็นระบบสารสนเทศที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูล DNA และการคำนวณค่า LR ในงานนิติพันธุศาสตร์ การใช้ค่า likelihood ratio ในการประเมินหลักฐานทางพันธุกรรมถือเป็นแนวทางมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานนิติพันธุศาสตร์ เนื่องจากสามารถเปรียบเทียบความน่าจะเป็นของข้อมูลภายใต้สมมติฐานของความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันได้อย่างเป็นระบบ[3]

การวิเคราะห์ในกรณีศึกษานี้ใช้ข้อมูล autosomal STR จำนวน 23 ตำแหน่ง จากบุคคลสองรายที่ต้องการตรวจสอบความสัมพันธ์ โปรแกรม Abetter LIMS ได้ทำการคำนวณค่า combined likelihood ratio (CLR) เพื่อเปรียบเทียบสมมติฐานของความสัมพันธ์สองรูปแบบ ได้แก่ H1: บุคคลทั้งสองมีความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา และ H2: บุคคลทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

แนวทางการใช้ LR ในการทดสอบสมมติฐานทางเครือญาติแบบนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้าน forensic kinship analysis เนื่องจากสามารถรวมข้อมูลจากหลายตำแหน่ง STR เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการจำแนกความสัมพันธ์ทางชีวภาพ[5] ผลการวิเคราะห์โดยใช้การคำนวณแบบSiblingship Analysis พบว่าค่า CLR เท่ากับ 9.79×10^{4} ซึ่งหมายความว่าความน่าจะเป็นของข้อมูล genotype ที่ตรวจพบมีแนวโน้มเกิดขึ้นภายใต้สมมติฐานที่บุคคลทั้งสองเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดามากกว่าสมมติฐานที่บุคคลทั้งสองไม่เกี่ยวข้องกันประมาณ 97,900 เท่า ค่าดังกล่าวถือเป็นหลักฐานทางสถิติที่สนับสนุนสมมติฐานของความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการตีความค่า likelihood ratio ที่ใช้กันในงานนิติพันธุศาสตร์[4]

เพื่อยืนยันผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ได้มีการประเมินเพิ่มเติมโดยใช้โหมด Complex Kinship Analysis ซึ่งเป็นการสร้างแบบจำลอง pedigree หรือแผนผังเครือญาติสำหรับสมมติฐานของความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา การใช้แบบจำลอง pedigree ถือเป็นแนวทางสำคัญในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน และถูกนำมาใช้ในงานวิจัยหลายการศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์เครือญาติในงานนิติพันธุศาสตร์[3] ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า CLR เท่ากับ 9.79×10^{4} เช่นเดียวกับผลที่ได้จากการวิเคราะห์แบบ Siblingship Analysis ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานว่าบุคคลทั้งสองมีความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา

นอกจากนี้ ยังได้ทำการคำนวณค่า combined likelihood ratio (CLR) โดยใช้ข้อมูล autosomal STR จำนวน 15 ตำแหน่ง ได้แก่ D8S1179, D21S11, D7S820, CSF1PO, D3S1358, TH01, D13S317, D16S539, D2S1338, D19S433, vWA, TPOX, D18S51, D5S818 และ FGA

ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า CLR เท่ากับ 381.27 ซึ่งยังคงสนับสนุนสมมติฐานของความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา แม้ว่าจะใช้จำนวนตำแหน่ง STR น้อยกว่าการวิเคราะห์แบบ 23 ตำแหน่งก็ตาม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษาที่รายงานว่าการเพิ่มจำนวน STR loci สามารถเพิ่มพลังในการจำแนกความสัมพันธ์ทางเครือญาติ และเพิ่มความแม่นยำของการคำนวณค่า likelihood ratio[5]

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม Abetter LIMS สามารถใช้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการประมวลผลข้อมูล DNA และคำนวณค่า likelihood ratio สำหรับการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติในงานนิติพันธุศาสตร์ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องวิเคราะห์ข้อมูล STR จำนวนมากหรือความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน การใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยวิเคราะห์ยังช่วยลดความผิดพลาดจากการคำนวณแบบแมนนวล และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการตรวจพิสูจน์ในกระบวนการยุติธรรม[3]

การประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติโดยเฉพาะความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา มีความสำคัญต่อการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลในงานนิติพันธุศาสตร์ การวิเคราะห์ข้อมูลพันธุกรรมจากเครื่องหมาย autosomal STR ร่วมกับการคำนวณค่า likelihood ratio (LR) เป็นวิธีการทางสถิติที่ได้รับการยอมรับในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติ งานทบทวนวรรณกรรมจำนวน 11 การศึกษาพบว่าการใช้ STR หลายตำแหน่งและแบบจำลองทางสถิติที่เหมาะสมสามารถเพิ่มความแม่นยำในการจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญ

กรณีศึกษาที่วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Abetter LIMS โดยใช้ข้อมูล autosomal STR จำนวน 23 ตำแหน่ง ให้ค่า combined likelihood ratio (CLR) เท่ากับ 9.79×10^{4} ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาอย่างชัดเจน ขณะที่การวิเคราะห์ด้วยข้อมูล 15 ตำแหน่งให้ค่า CLR เท่ากับ 381.2666 ซึ่งยังคงสนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้ค่า LR ร่วมกับข้อมูล STR และซอฟต์แวร์วิเคราะห์เครือญาติ สามารถเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการตีความหลักฐานทางพันธุกรรมในกระบวนการยุติธรรม รวมทั้งมีศักยภาพในการพัฒนางานด้านนิติพันธุศาสตร์ในอนาคต.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานและเพื่อนร่วมงานในห้องปฏิบัติการกลุ่มงานตรวจเลือดชีวเคมี และเขม่าดินปืน สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ ที่มีส่วนช่วยให้บทความครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาต่อระดับปริญญาเอกสาขานิติวิทยาศาสตร์และงานยุติธรรม

ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าการใช้เครื่องหมายพันธุกรรมชนิด STR และการคำนวณค่า likelihood ratio (LR) จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติ แต่การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในประชากรไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะด้านฐานข้อมูลความถี่แอลลีลและแบบจำลองทางสถิติที่สอดคล้องกับโครงสร้างพันธุกรรมของประชากรไทย ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการพัฒนาฐานข้อมูลพันธุกรรมของประชากรไทยและแบบจำลองทางสถิติที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความถูกต้องของการวิเคราะห์

นอกจากนี้ การพัฒนาเทคโนโลยีการวิเคราะห์ DNA และระบบสารสนเทศในห้องปฏิบัติการ เช่น โปรแกรมสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการประมวลผลข้อมูลและความแม่นยำในการประเมินความสัมพันธ์ทางชีวภาพ อันจะส่งเสริมการพัฒนางานด้าน นิติพันธุศาสตร์ และสนับสนุนกระบวนการยุติธรรมในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Butler JM. Advanced Topics in Forensic DNA Typing: Interpretation. San Diego: Academic Press; 2015.
2. Butler JM. Fundamentals of Forensic DNA Typing. San Diego: Academic Press; 2010.
3. Buckleton J, Triggs CM, Walsh SJ. Forensic DNA Evidence Interpretation. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press; 2016.
4. Evett IW, Weir BS. Interpreting DNA Evidence: Statistical Genetics for Forensic Scientists. Sunderland (MA): Sinauer Associates; 1998.
5. Goodwin W, Linacre A, Hadi S. An Introduction to Forensic Genetics. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
6. Gill P, Brenner C, Buckleton J, Carracedo A, Krawczak M, Mayr W, et al. DNA Commission of the International Society of Forensic Genetics: Recommendations on the interpretation of mixtures. Forensic Sci Int. 2006;160(2–3):90–101.
7. Gill P, Gusmão L, Haned H, Mayr WR, Morling N, Parson W, et al. DNA Commission of the International Society of Forensic Genetics: Recommendations on the evaluation of STR typing results that may include drop-out and drop-in using probabilistic methods. Forensic Sci Int Genet. 2012;6(6):679–688.
8. Kling D, Tillmar AO, Egeland T. Familias 3 – Extensions and new functionality for DNA-based kinship analysis. Forensic Sci Int Genet. 2014;13:121–127.
9. Egeland T, Kling D, Mostad P. Relationship Inference with Familias and R. London: Academic Press; 2014.

10. Weir BS, Anderson AD, Hepler AB. Genetic relatedness analysis: Modern data and new challenges. Nat Rev Genet. 2006;7:771–780.
11. Wenk RE. Sibling likelihood ratios based on DNA typing. J Forensic Sci. 2003;48(3):1–7.
12. Ayres KL. Relatedness testing in forensic genetics. Forensic Sci Int Genet. 2008;2(1):1–7.
13. Brenner CH. Symbolic kinship program. Genetica. 1997;99:41–50.
14. Curran JM, Buckleton JS, Triggs CM. Assessing uncertainty in DNA evidence caused by sampling effects. Sci Justice. 2003;43(1):29–37.
15. Balding DJ, Nichols RA. DNA profile match probability calculation: How to allow for population stratification, relatedness, database selection and single bands. Forensic Sci Int. 1994;64:125–140.
16. Butler JM, Hill CR. Biology and genetics of new autosomal STR loci useful for forensic DNA analysis. Forensic Sci Rev. 2012;24(1):15–26.
17. Kayser M, de Knijff P. Improving human forensics through advances in genetics, genomics and molecular biology. Nat Rev Genet. 2011;12:179–192.
18. Tillmar AO, Mostad P, Egeland T. Statistical evaluation of kinship testing in forensic genetics. Forensic Sci Int Genet. 2014;13:141–147.

การพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

Development of a Surveillance Model for Violent Incidents among Individuals with Mental Health Conditions due to Substance Use via a Kinship Support Mechanism Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: April 12,2026 ; Revised: April 19,2026 ; Accepted: May 16,2026)

บุญฤทธิ์ ก้านแก้ว[1]
Bunyarit Kankaeo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรง และบทบาทของเครือญาติ พร้อมทั้งพัฒนาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต เครือญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และภาคีเครือข่ายชุมชน รวม 90 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินระดับความรุนแรง PVSS วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยจากการขาดความต่อเนื่องในการรักษา การกลับไปใช้สารซ้ำ และความบกพร่องของกลไกครอบครัวที่ขาดความตระหนักและทักษะในการสังเกตสัญญาณเตือน ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโดยใช้กลไกการสนับสนุนของเครือญาติ พบว่าเครือญาติ มีระดับความรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่ระดับความเสี่ยงและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรง, สุขภาพจิต, สารเสพติด, กลไกเครือญาติ, วังน้ำเขียว

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to explore the current situation, factors influencing violent incidents, and the role of kinship in surveillance. It further sought to develop and evaluate the effectiveness of a violence surveillance model for individuals with substance-induced mental health conditions in Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province. The sample consisted of 90 participants, including individuals with mental health conditions, kins, medical personnel, and community network partners. Research instruments included interview forms, knowledge assessment scales, and the Prasri Violence Severity Scale (PVSS). Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-test.

The results indicated a continuous upward trend in high-risk substance-using patients. Key contributing factors included lack of treatment continuity, substance relapse, and kinship mechanism deficiencies, particularly the lack of awareness and skills in detecting early warning signs. Following the implementation of the kinship-supported surveillance model, the kins' knowledge regarding warning sign surveillance significantly increased ($p < .001$). Conversely, the patients' risk levels and violent behaviors significantly decreased ($p < .001$) compared to the pre-intervention period.

KEYWORDS: Violence surveillance, Mental health, Substance use, Kinship mechanism, Wang Nam Khiao

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ms201114gis7@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบในหลายมิติ ที่มีความเชื่อมโยงทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และความมั่นคงของสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะผิดปกติทางจิตหรือมีความผิดปกติด้านพฤติกรรมร่วมด้วย (comorbid mental and behavioral disorders) ซึ่งกลุ่มนี้มักแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมีความเสี่ยงสูงในการก่อเหตุรุนแรงต่อบุคคลรอบข้างหรือแม้แต่ตนเอง[1] องค์การอนามัยโลก [2] ระบุว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต เช่น โรคจิตเภท ซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งในบางกรณีอาจนำไปสู่การใช้ความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น[2] งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าภาวะทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia), โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder), และโรคซึมเศร้า (depression) เมื่อเกิดร่วมกับการใช้สารเสพติดจะมีแนวโน้มเพิ่มระดับความรุนแรงของอาการ และลดประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง[3] ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีภาวะดังกล่าวมักขาดการรับรู้ตนเองในระดับที่เพียงพอ (lack of insight) ไม่สามารถแยกแยะความเป็นจริงได้อย่างชัดเจน และมีแนวโน้มสูงที่จะหลุดจากระบบการดูแลของสถานพยาบาลหลังได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้ว นอกจากนี้ ระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังมีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตกหล่นจากระบบการเฝ้าระวัง และอาจกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ นำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในชุมชน

ในระดับพื้นที่ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา แม้จะเป็นพื้นที่ที่มีภาพลักษณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติที่โดดเด่น แต่ในอีกด้านหนึ่งกลับประสบกับปัญหาทางสังคมที่ซ่อนอยู่ โดยเฉพาะปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยแรงงานและเยาวชน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (2566)[4] พบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียวเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 8 ต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้ที่แสดงอาการของความผิดปกติทางจิตร่วมด้วยในระดับที่ต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด[4] อำเภอวังน้ำเขียวประกอบด้วยชุมชนชนบทที่กระจายตัวตามพื้นที่ภูเขาและที่ราบสูง มีข้อจำกัดในด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ซึ่งมักจะต้องพึ่งพาโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด ขณะเดียวกันการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังผู้ที่เคยใช้สารเสพติดและผู้ที่มีภาวะทางจิตในชุมชนยังคงอยู่ในระดับที่จำกัด ทั้งในเชิงบุคลากร งบประมาณ และความเข้าใจของประชาชน ทำให้การดูแลต่อเนื่องหลังการรักษามีความไม่ต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพ[5] ยิ่งไปกว่านั้น ในหลายกรณีเมื่อผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดพ้นจากการบำบัดฟื้นฟูและกลับคืนสู่ครอบครัว มักพบว่าครอบครัวและชุมชนไม่มีเครื่องมือหรือแนวทางในการดูแลที่เหมาะสม ความรุนแรงของปัญหานี้สะท้อนให้เห็นผ่านเหตุการณ์โศกนาฏกรรมที่ปรากฏในสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่องทั่วประเทศ ซึ่งมักมีรูปแบบคล้ายคลึงกันคือ ผู้มีภาวะสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดเกิดอาการคลุ้มคลั่งและก่อเหตุรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดที่สุด เช่น การทำร้ายบุพการี หรือทำร้ายสมาชิกในบ้านจนเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังปรากฏเหตุการณ์ที่สร้างความหวาดกลัวต่อชุมชน เช่น การใช้อาวุธคุกคามเพื่อนบ้าน หรือการก่อความวุ่นวายในที่สาธารณะ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงข่าวสารที่ห่างไกล แต่เป็นภาพสะท้อนของปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในหลายพื้นที่ รวมถึงในชุมชนของอำเภอวังน้ำเขียว จากการบอกเล่าของผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ยืนยันว่ามีเหตุการณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นอยู่

ประปราย แม้จะไม่ปรากฏเป็นสถิติที่ชัดเจนก็ตาม เหตุการณ์เหล่านี้มักมีจุดร่วมที่สำคัญคือ เป็นผลมาจากช่องว่าง ของการดูแลภายหลังจากผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เครือญาติซึ่งเป็นผู้ที่สังเกตเห็นสัญญาณเตือนได้เป็นกลุ่มแรก ไม่ว่าจะเป็นอาการหงุดหงิด หวาดระแวง หรือการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ กลับขาดความรู้ เครื่องมือและช่องทางการประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ก่อนที่สถานการณ์จะบานปลายจนกลายเป็นความรุนแรงที่น่าสลดใจ ส่งผลให้เกิดภาวะการละเลยทางสังคม (social neglect) และในบางกรณีอาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน การแก้ปัญหาในระดับพื้นที่จึงจำเป็นต้องพิจารณา ทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม โดยเฉพาะกลุ่มเครือญาติ ซึ่งเป็นกลไกที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถกลายเป็นกลไกหลักในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุรุนแรงได้ หากได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสมในบริบทสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในระยะหลังเริ่มให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างบทบาทของเครือญาติ ในการดูแลและเฝ้าระวังผู้มีภาวะสุขภาพจิต เนื่องจากเครือญาติเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เข้าใจบริบทของชีวิต และมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์และพฤติกรรม[6] การพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของเครือญาติให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบเฝ้าระวัง จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการป้องกันเหตุรุนแรง ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ สถานการณ์ปัจจุบันยังสะท้อนให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการกับกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับการใช้สารเสพติดในบริบทที่มีลักษณะเฉพาะทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ระบบบริการด้านสุขภาพจิตยังเข้าไม่ถึงอย่างทั่วถึง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างยั่งยืน[7] การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยใช้กลไกการสนับสนุนของเครือญาติในบริบทของอำเภอวังน้ำเขียว ซึ่งเป็นการบูรณาการองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต การพัฒนาชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อสร้างแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาบทบาทของเครือญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด
3. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ
4. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1.1 ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการ

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 15 คน

1.2 ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาบทบาทของเครือญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มเครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 15 คน

1.3 ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติคือ ผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณารูปแบบจำนวน 5 คน

1.4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติคือ ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 30 คน และเครือญาติหรือผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ Cohen[8] กำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.60 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน (ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 30 คน และเครือญาติหรือผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียว 2) เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่ดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียว 2) เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี 3) 3) ไม่ยินดี และไม่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for participant) 1) ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ 2) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัคร

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the study) รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติไม่มีประสิทธิผล ซึ่งพิจารณาได้จากอัตราการเกิดเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนเริ่มโครงการ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้ ใช้เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ ประกอบด้วย 8 แนวทาง ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การพัฒนาศักยภาพเครือญาติ 3) ระบบเครือข่ายการดูแลในชุมชน 4) ระบบการแจ้งเตือนและการสื่อสาร 5) แนวทางการให้การช่วยเหลือและส่งต่อ 6) การฟื้นฟูและการติดตามระยะยาว 7) การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ 8) ระบบการติดตามและประเมินผล และเครื่องมือในการเก็บ

รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินระดับความรุนแรง PVSS

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli และHambleton ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.94 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณารายข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยถือว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล[9] การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[10] ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 128 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS) ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความเสี่ยง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

การเปรียบเทียบความรู้ของเครือญาติภายในกลุ่มเดียวกันใช้ Paired t-test และ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรง ก่อน-หลัง ภายในกลุ่มเดียวกันใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด โดยเป็นเพศชายร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.67 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.33 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตไม่เกิน 5 ปี

สถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต กลุ่มสีแดงเพิ่มขึ้นทุกปีและก่อความรุนแรงในชุมชน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การรักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ครอบครัวขาดการตระหนักในการดูแล ปกปิดข้อมูล ชุมชนตีตราบาป รังเกียจและหวาดกลัวผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

ระยะที่ 2 การศึกษาบทบาทของเครือญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่าง คือ เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด โดยเป็นเพศชายร้อยละ 66.67 เพศหญิง ร้อยละ 33.33 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.67 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแล

ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตเกิน 6-10 ปี ร้อยละ 46.67 โดยสามารถจำแนกบทบาทของเครือญาติตามการวิเคราะห์เนื้อหาได้เป็น 3 ด้านหลัก ดังนี้ 1) บทบาทในการเป็นด่านหน้าการเฝ้าระวังและประเมินพฤติกรรม (Early Detection) 2) บทบาทในการบริหารจัดการพฤติกรรมและการดูแลรักษา (Behavioral Management & Treatment Adherence) 3) บทบาทในการประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายช่วยเหลือ (Social & Crisis Coordination)

ระยะที่ 3 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และ 2 มาพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 8 แนวทาง ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การพัฒนาศักยภาพเครือญาติ 3) ระบบเครือข่ายการดูแลในชุมชน 4) ระบบการแจ้งเตือนและการสื่อสาร 5) แนวทางการให้การช่วยเหลือและส่งต่อ 6) การฟื้นฟูและการติดตามระยะยาว 7) การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ 8) ระบบการติดตามและประเมินผล

ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ

ข้อมูลทั่วไป เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด เป็นเพศชายร้อยละ 83.33 เพศหญิง ร้อยละ 16.67 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ 41 – 50 ปี ร้อยละ 26.67 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.33 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.33 ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด เป็นเพศชายร้อยละ 90.00 เพศหญิง ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00 และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสีเขียว ร้อยละ 86.67

การเปรียบเทียบความรู้ของเครือญาติในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการก่อเหตุรุนแรง ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ของเครือญาติในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการก่อเหตุรุนแรง ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบ (n = 30)

ความรู้	n	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI d		P-Value
					Lower	Upper	
ก่อนใช้รูปแบบ	30	9.13	1.16	3.47	3.85	3.07	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	30	12.60	1.10				

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบ (n = 30)

ระดับความรุนแรงของพฤติกรรม	n	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI d		P-Value
					Lower	Upper	
ก่อนใช้รูปแบบ	30	14.80	2.36	2.30	1.52	3.07	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	30	12.50	1.73				

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีประเด็นสำคัญใน 3 มิติหลัก ดังนี้ 1) สถานการณ์อุบัติการณ์ความรุนแรงในพื้นที่

2)ปัจจัยระดับครอบครัวและบุคคล 3) ปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อม ซึ่งผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาความรุนแรงไม่ได้เกิดจากสภาวะความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากช่องว่างของการดูแลในชุมชน ที่เครือญาติขาดเครื่องมือและช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง ทุนทางสังคม (Social Capital) ที่ระบุว่าหากสามารถพัฒนาศักยภาพเครือญาติให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเฝ้าระวัง จะสามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดเหตุรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากเครือญาติเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่สามารถตรวจพบสัญญาณเตือน 5 ด้าน (ไม่หลับไม่นอน, เดินไปมา, พูดจาคนเดียว, หงุดหงิดฉุนเฉียว, และหวาดระแวง) ได้รวดเร็วกว่าบุคลากรสาธารณสุข

การศึกษาบทบาทของเครือญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า เครือญาติคือ ทุนทางสังคม (Social Capital) ที่สำคัญที่สุดในบริบทของอำเภอวังน้ำเขียว เนื่องจากความใกล้ชิดทำให้สามารถตรวจพบสัญญาณเตือนทางอาการได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pescosolido & Olafsdottir ที่เน้นย้ำว่าเครือญาติมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรม[6] อย่างไรก็ตามการที่ผลการศึกษาพบช่องว่าง ในเรื่องเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ชี้ให้เห็นว่าเครือญาติส่วนใหญ่ยังคงต้องแบกรับภาระการดูแลภายใต้ความเสี่ยงโดยขาดทักษะเฉพาะทาง การส่งเสริมศักยภาพของเครือญาติให้เปลี่ยนบทบาทจาก ผู้แบกรับภาระ มาเป็นกลไกเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโศกนาฏกรรมในชุมชน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังให้กับครอบครัวและชุมชน[11]

การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบสะท้อนให้เห็นว่าเครือญาติคือทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดในกระบวนการดูแลผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด เนื่องจากเป็นผู้มีความใกล้ชิดและสามารถตรวจพบสัญญาณเตือนสำคัญ 5 ด้าน ได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเปลี่ยนบทบาทเครือญาติจาก ผู้แบกรับภาระ สู่การเป็น กลไกเฝ้าระวัง (Surveillance Mechanism) ผ่านการอบรมทักษะเฉพาะทาง จึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการลดช่องว่างการดูแลภายหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่มักนำไปสู่เหตุรุนแรงตามสถิติในพื้นที่ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่บูรณาการทั้งการดูแลทางคลินิกและการสนับสนุน

ทางสังคมเข้าด้วยกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ McKinley & Theall ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดการใช้สารเสพติดและความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นปัจจัยเร่ง ในการแจ้งเตือน ยังช่วยให้ภาคีเครือข่ายทั้งฝ่ายปกครอง ตำรวจ และสาธารณสุขสามารถจัดการภาวะวิกฤตได้ทันท่วงที[12] อันเป็นการปฏิบัติตามหลักการคุ้มครองสังคมภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และช่วยลดอุบัติการณ์การก่อเหตุซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยจุดแข็งสำคัญของรูปแบบคือการสร้างปัจจัยปกป้อง ผ่านการสนับสนุนทางเศรษฐกิจและโอกาสทางอาชีพ ซึ่งช่วยลดความเครียดในครอบครัวและลดโอกาสการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ควบคู่ไปกับการลดการตีตราในชุมชนที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตเชิงสังคม (Social well-being) ตามแนวคิดของ Keyes นำไปสู่ความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับคืนสู่สังคมอย่างยั่งยืน[13]

การประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ หลังการทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ พบว่า ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการก่อเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่เครือญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่เน้นทักษะการสังเกตสัญญาณเตือน 5 ด้าน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว และหวาดระแวง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pescosolido & Olafsdottir ที่ระบุว่าเครือญาติคือ ทุนทางสังคม (Social Capital) ที่สำคัญที่สุด เนื่องจากความใกล้ชิดทำให้สามารถตรวจพบสัญญาณเตือนได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[6] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรองจิต วลัยศรี ที่พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยภาคีเครือข่าย ญาติและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน[7] สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลินดา จันทร์งามและคณะ ที่พบว่า กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกภาคส่วน ตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา การระบุสาเหตุ การวางแผน ตลอดจนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการประยุกต์ใช้ต้นทุนทางสังคมและศักยภาพที่มีอยู่ในพื้นที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช[14] ทั้งนี้ การดำเนินงานผ่านเครือข่ายสุขภาพจิตในการติดตามเยี่ยมบ้าน การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ชุมชน (Community Empowerment) เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนการพัฒนาทักษะระดับบุคคลและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีความทั่วถึงและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ดังนั้นหากเครือญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้เพิ่มขึ้นจะเป็นแรงสำคัญในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยจิตเวชได้

หลังการทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ พบว่าระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเปลี่ยนบทบาทเครือญาติจากผู้แบกรับภาระ มาเป็นกลไกเฝ้าระวัง (Surveillance Mechanism) ที่ทำงานเชื่อมโยงกับระบบแจ้งเตือน Real-time และการจัดการรายกรณี (Case Management) การลดลงของความรุนแรงนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สวิตตา ธงยศ ที่พบว่าการจัดการโรคเรื้อรังช่วยให้ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลงจากระดับมากเป็นระดับน้อย[15] และสอดคล้องกับ McKinley & Theall ที่ยืนยันว่าการ

มีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดช่วยลดการใช้สารเสพติดและความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ[12] การที่ระดับความรุนแรงลดลงยังสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่ช่วยปิดช่องว่าง ของการดูแลภายหลังผู้ป่วยกลับสู่บ้าน ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์ (2566) ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลง ผู้ดูแลมีความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยดีขึ้น[16]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรผลักดันรูปแบบการเฝ้าระวังโดยใช้เครือญาติเป็นฐานให้เป็นนโยบายหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) เพื่อบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรจากท้องถิ่นและฝ่ายปกครองอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน ทีมสหวิชาชีพควรใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง (SMI-V และ PVSS) ร่วมกับเครือญาติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันในการติดตามรายกรณี

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาขยายผลไปยังพื้นที่ที่มีบริบททางวัฒนธรรมที่ต่างออกไป และศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ของการใช้กลไกเครือญาติเมื่อเทียบกับการส่งต่อเข้าสถานบำบัดในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.(2020). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2020. Report No.: HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55.
2. World Health Organization.(2022). Mental health and substance use [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use
3. Olkow ND, Poznyak V, Saxena S, Gerra G.(2016). Drug use disorders: Impact of a public health rather than a criminal justice approach. World Psychiatry. 2016 Jun;15(2):121-3. doi: 10.1002/wps.20321.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.(2566) รายงานสถานการณ์การใช้สารเสพติดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ; 2566
5. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2565). สถิติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.;2565.
6. Pescosolido BA, Olafsdottir S.(2020). Social networks and mental health: From clinical encounters to community connections. New York: Springer; 2020.
7. กรองจิต วลัยศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ. 2566;8(3):909-17.
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; 1976.
10. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.

11. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงาน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ถอดบทเรียนชุมชนต้นแบบ. นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
12. McKinley CE, Theall KP.(2021). Weaving Healthy Families Program: Promoting Resilience While Reducing Violence and Substance Use. Res Soc Work Pract. 2021 Jul;31(5):476-92. doi: 10.1177/1049731521998441.
13. Keyes CLM.(1998). Social well-being. Soc Psychol Q. 1998 Jun;61(2):121-40. doi: 10.2307/2787065.
14. ชลินดา จันทร์งาม และคณะ.(2560). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2560;18(2):55-68.
15. สวิตตา ธงยศ.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):388-95.
16. ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์.(2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):374-83.

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน

Development of a pharmaceutical care model for insulin-dependent diabetes patients in the Phang Khon District healthcare network.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

นลินี กิณเรศ[1]
Nalinee Kinnares[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน จำนวน 44 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคนที่พัฒนาขึ้น แบบวัดความรู้ แบบบันทึกการปฏิบัติการฉีดยาอินซูลิน และแบบประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก ใช้ระยะการดำเนินการ 15 เดือน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ดำเนินการในโรงพยาบาล 2) การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ดำเนินการโดยใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร ผลลัพธ์ของรูปแบบฯ หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการฉีดยาอินซูลิน สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) เช่นกัน ส่วนผลลัพธ์ด้านคลินิก พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลงจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฉีดอินซูลิน ลดลง โดยพบภาวะ Hypoglycemia ร้อยละ 15.90 และก้อนไขมันบริเวณฉีดยาร้อยละ 18.19

คำสำคัญ: รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This study was action research aimed at developing and evaluating a pharmaceutical care model for insulin-dependent diabetes patients within the Phang Khon District Healthcare Network. The research process was conducted in three phases.The study included 44 insulin-dependent diabetic patients, utilizing a developed pharmaceutical care model, a knowledge questionnaire, a practice assessment, and clinical outcome measures as research instruments. Both quantitative and qualitative data were meticulously collected and subsequently analyzed using descriptive and inferential statistics to discern the impact of the intervention.

The findings revealed that the developed pharmaceutical care model for insulin-dependent diabetes patients in the Phang Khon District Healthcare Network comprised two key components: 1) in-hospital pharmaceutical care processes, and 2) technology-mediated pharmaceutical care services. Following the implementation of the model, it was found that: 1) the average knowledge scores regarding insulin injection were significantly higher than pre-intervention levels ($p < .001$), and 2) the average practice scores for insulin injection also demonstrated a significant improvement ($p < .001$). Regarding clinical outcomes, both Fasting Plasma Glucose (FPG) and Hemoglobin A1c (HbA1c) levels significantly decreased compared to the baseline ($p < .001$). Furthermore, adverse drug reactions associated with insulin use declined, with the prevalence of hypoglycemia and lipohypertrophy reported at 15.90% and 18.19%, respectively.

Keywords: Pharmaceutical care model insulin-dependent diabetes patients healthcare network

[1] โรงพยาบาลพังโคน

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทั่วโลกโดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน รวมถึงในประเทศไทย ในปี 2566 จากการรายงานของกรมควบคุมโรค[1] ประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสน และโรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลัก ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และ โรคไตวายเรื้อรัง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลพังโคนที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[2]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเผาผลาญอาหาร แบ่งออกเป็นประเภทหลักๆ ได้ 2 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานประเภท 1 (Type 1 diabetes mellitus [T1DM]) และโรคเบาหวานประเภท 2 (Type 2 diabetes mellitus [T2DM]) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการหลั่งอินซูลินผิดปกติ (T1DM) ซึ่งมักพบในเด็กหรือวัยรุ่น และหรือภาวะดื้อต่ออินซูลิน (T2DM) มักพบในผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้สูงอายุเนื่องจากการดำเนินชีวิตและ การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ดี[3] ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอื่นๆ ที่พบในโรคเบาหวาน ทำให้ร่างกายมีแนวโน้มที่จะได้รับบาดเจ็บที่อวัยวะและระบบต่างๆ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามถึงชีวิตสำหรับผู้ป่วย[4] ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็กในเบาหวาน เช่นโรคจอประสาทตา โรคไต และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดใหญ่ โรคเส้นประสาทอักเสบจากเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด[5]ขณะที่อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ภาวะกรดคีโตนในเลือดจากเบาหวานและอาการโคม่าจากเบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับค่าเป้าหมายได้[6]

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในค่าเป้าหมาย มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยามีทั้งยารับประทานและยาฉีดอินซูลิน ซึ่งต้องใช้อย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ ยาอินซูลินในปัจจุบันมี 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบปากกาอินซูลินและแบบเข็มฉีดยาอินซูลิน การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินเป็นองค์ประกอบหลักประการหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี โดยมีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในทุกภาวะกรณี การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดอื่น ๆ ซึ่งการรักษาโดยการฉีดยาอินซูลินนี้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติด้วยตัวเองต่อเนื่องที่บ้าน ในการใช้ยาฉีดอินซูลินมีหลายขั้นตอนและแต่ละขั้นตอนมีความสำคัญ ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องปฏิบัติการฉีดยาที่ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน จึงจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7] ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลิน รวมถึงการมีทักษะในการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้องด้วย การรักษาโรคเบาหวานจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน จึงจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้ตามค่าเป้าหมาย เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการใช้ยา

อย่างไรก็ตามการบริบาลเภสัชกรรมเป็นความรับผิดชอบต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามที่ต้องการและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เภสัชกรมีหน้าที่ในกระบวนการให้การบริบาลเภสัชกรรม คือ การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิด การแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดและการ

ป้องกันปัญหาจากการใช้ยา ความล้มเหลวจากการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ฉีดยาอินซูลินนี้พบได้มากถึงร้อยละ 80 ปัญหาจากการใช้ยาฉีดอินซูลินไม่ถูกต้องคือผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งขาดความรู้เกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลิน เช่นการมีฟองอากาศอยู่ในกระบอกฉีดยาทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณยา ไม่ตรงตามแผนการรักษาพบร้อยละ 69.44 และหลังจากฉีดยาผู้ป่วยไม่กดก้านสูบจนสุดแล้วคาเข็มไว้ 10 วินาทีสูงถึงร้อยละ 86.11[8] สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาฉีดอินซูลินต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าลืมใช้ยา หรือขาดความเอาใจใส่ไม่ได้ใช้ยาเนื่องจากยาเก็บไว้ในตู้เย็น ไม่ได้เก็บยาในตู้เย็น เวลาการบริหารยาหรือระยะห่างการใช้ยาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา/รูปแบบยาที่สั่งได้ และผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าพบปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษา ซึ่งสาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยลืมใช้ยา และไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้ถูก[9]

การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) มีบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของเภสัชกรที่จะสามารถค้นพบปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ การบริหารยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง และสามารถช่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้ การค้นหาปัญหาในการใช้ยาที่ซับซ้อนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการทำงานนั้นควรดำเนินการต่อเนื่องจนถึงชุมชน มีการประเมินผลเป็นระยะจะช่วยให้สามารถประเมินปัญหาการใช้ยาที่ส่งต่อผลลัพธ์ทางคลินิกได้เป็นอย่างดี[10] และการติดตามการใช้ยาทางไกลผ่านการโทรศัพท์ หรือผ่านช่องทางการสื่อสารอื่น เป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ติดตามผู้ป่วยได้โดยตรง ไม่มีช่องว่างระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย สามารถให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และจัดการปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลใจได้โดยตรงแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้อย่างทันที เตือนผู้ป่วยเรื่องของการทานยาได้ โดยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบริบาลเภสัชกรรม และคัดกรองผู้ป่วย ที่อาจจะมีระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาเกี่ยวกับข้อจำกัดของอัตรากำลังด้านเภสัชกรที่มีอัตรากำลังที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน จึงส่งผลให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในการประเมินความร่วมมือในการยาได้ไม่ครอบคลุม[11] จากการศึกษาเกี่ยวกับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่คลอบคลุมจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12] นอกจากนี้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินโดยการให้ความรู้ผ่านสื่อการสอนที่หลายช่องทางพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[2] และการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการฝึกการปฏิบัติการใช้ยาฉีดอินซูลินพร้อมกับมีการประเมินการปฏิบัติใช้ยาฉีดอินซูลินย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการฉีดยาอินซูลิน และประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารภายหลังการบริบาลเภสัชกรรมลดลงจากก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7]

การดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลพังโคน ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถ ใช้ยารับประทานควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำเป็นต้องได้รับยารับประทานและยาฉีดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล แต่พบปัญหาด้านการใช้ยาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ได้แก่ ผู้ป่วยลืมฉีดยา ร้อยละ 9.70 ฉีดยา ไม่ถูกวิธี ร้อยละ 15.12 เก็บยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 7.49 ฉีดยาเกินขนาดหรือน้อยกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง การรักษา ร้อยละ 19.26 และไม่ให้ความร่วมมือในการฉีดยา ร้อยละ 26.51 นอกจากนี้ยังพบปัญหา ในการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากแต่ละ

วันโรงพยาบาลต้องให้การบริการผู้ป่วย เป็นจำนวนมาก ทำให้ระยะเวลาในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยแต่ละรายมีจำกัด จึงอาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและขั้นตอนการฉีดยาอินซูลินที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งส่วนหนึ่งมีปัญหาข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของเภสัชกรที่ยังขาดอัตรากำลังตามกรอบที่มีเพียงร้อยละ 64 จากกรอบอัตรากำลังที่ต้องมี 14 คน[13] จึงส่งผลให้มีปัญหาในการประเมินการใช้ยาให้ครอบคลุมทุกปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยในทุกด้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินขึ้นใหม่โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่าย ผู้ป่วยรวมทั้ง care giver เพื่อให้สามารถบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลินที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน ระยะการดำเนินการวิจัย เดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการ ใช้ขั้นตอน P (Planning) ในการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยศึกษา สถาณการณ์บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคนและผลลัพธ์ทางคลินิก นำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำแผนดำเนินการ 2) ระยะดำเนินการ โดยนำขั้นตอน A (Acting) ขั้นตอน O (Observing) และขั้นตอน R (Refecting) การดำเนินการรอบที่ 1 ประเมินผลจะประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบฯ จากนั้นออกแบบวางแผน (Re-planning) ดำเนินการตามแผนของรูปแบบฯ รอบที่ 2 ในขั้นตอน A (Acting), O (Observing) และ R (Refecting) ซ้ำอีกครั้ง และ 3) ระยะประเมินผล โดยการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ในการดำเนินการรอบที่ 1 และการดำเนินการรอบที่ 1 นำมาวิเคราะห์ และประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์256 9 จำนวน 4 4คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568– กุมภาพันธ์ 2569 จำนวน 44 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้าศึกษา 2 ขั้นตอนคือ 1)ใช้วิธีการสุ่มจับฉลากสุ่มอย่างง่ายไม่ใส่คืน (simple random sampling) โดยวิธี จับฉลากรพ.สต. ในเขตพื้นที่อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร จำนวน 7 รพ.ส.ต ได้รพ. สต.ภูเงิน จำนวน 1 แห่ง และ 2)หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลินในเขต รพ.สต ภูเงินมีจำนวน 44 คน ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดเข้าเกณฑ์ในการศึกษา จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษาครั้งนี้จำนวน 44 คนโดยมีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษาคือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลินชนิดเข็มฉีดยาในเขตพื้นที่รพ.สต.ภูเงิน ที่เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพังโคน 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3)สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สามารถ

ติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือได้ และ5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน

1. รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวอื่น ๆ ผู้ดูแล และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน จำนวน 8 ข้อ

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย จำนวน 15 ข้อ เป็นความรู้ด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกและผิด การให้คะแนน ข้อคำถามด้านบวกถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนด้านลบถ้าตอบถูกให้ 0 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 1 คะแนน การแปลผลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน คะแนนจากการตอบ ระดับความรู้

มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม 13-15 คะแนน สูง

ร้อยละ 60-80.00 ของคะแนนเต็ม 9-12 คะแนน ปานกลาง

ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ต่ำกว่า 9 คะแนน ต่ำ

3) แบบประเมินการปฏิบัติการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดยา ในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน ด้านความร่วมมือในการใช้ยา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ขั้นตอน การเตรียมยาฉีดอินซูลินจำนวน 11 ข้อ และขั้นตอนการฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดยา จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 21 ข้อ การให้คะแนน ถ้าปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนให้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนให้ และหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน การแปลผลการปฏิบัติ ดังนี้

ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน หมายถึง ปฏิบัติตามกิจกรรมตามขั้นตอนการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้องครบทุกกิจกรรมให้ 1 คะแนน

4) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการประยุกต์ใช้ตามแนวทางของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เวอร์ชั่น 9.1 จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ลืมฉีดยา การเปลี่ยนปริมาณยาฉีดเอง การขาดยาฉีดยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษา และการไม่มาพบแพทย์ตามนัดการวัดผลโดยนับจำนวนครั้ง ที่เกิดอุบัติการณ์

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 สถานการณ์ปัญหาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน แนวทางการพัฒนารูปแบบฯ ขั้นตอนการวิจัย

2. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้และการปฏิบัติการฉีดยาอินซูลิน

ความร่วมมือ ในการใช้ยาฉีดอินซูลิน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฉีดอินซูลิน

3. สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการฉีดยาอินซูลิน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025 – 051 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน ทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ผลดำเนินงานตามขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ระยะเตรียมการนี้ ใช้ขั้นตอน P (Planning) ดังนี้ 1) สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือ ในการฉีดยาอินซูลินชนิดฉีดปากกาและชนิดเข็มฉีดยา ค่าระดับฮีโมโกบินเอวันซี ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอดอาหาร ศึกษาสถานการณ์ผลลัพธ์จากการให้บริบาลเภสัชกรรมรูปแบบเดิม จากนั้นวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินรูปแบบเดิม และหลังจากนั้นจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องดำเนินการ 2) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้อง ศึกษารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม แนวทางการพัฒนารูปแบบฯ ผลลัพธ์ทางคลินิก และแนวทางการติดตามประเมิน 3) ยกร่างรูปแบบฯ กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกันในทีมการดูแลรักษา และจัดทำแผนดำเนินการ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอน Acting รอบที่ 1 โดยการนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม รูปแบบใหม่ได้แก่ ประชุม เชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง ร่วมกับทีมเครือข่ายสุขภาพเพื่อรับร่างรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นและแนวทางการดำเนินการพัฒนาตามแผนการพัฒนารูปแบบฯ ใหม่ โดยการสร้างเครือข่าย /ทำกลุ่มไลน์เครือข่ายสุขภาพ /กลุ่มไลน์แอปฟริเซียล/ Telephamacy การประเมินขั้นตอนการฉีดยาอินซูลิน การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินในการรักษาโรคเบาเบาหวาน โดยจัดกลุ่มละ 11 คน จำนวน 4 กลุ่มแนวทางการฉีดยาอินซูลินประโยชน์ในการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฉีดอินซูลินที่ไม่ตรงกับขนาดการสั่งใช้ การตรวจระดับฮีโมโกบินเอวันซี (HbA1C) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG) และการฝึกปฏิบัติการฉีดอินซูลินด้วยหุ่น และประเมินการปฏิบัติการฉีดอินซูลิน ส่วน Acting รอบที่ 2 การทำ Telephamacy สัปดาห์ละ 1 -2 ครั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย การสื่อสารวิธีการฉีดยาอินซูลิน และการเตือนการฉีดยาตรงตามเวลาที่แพทย์กำหนดด้วยคลิปวิดีโอสั้น ๆ ทางกลุ่มไลน์แอปฟริเซียล รวมทั้งการจัดทำคลิปวิดีโอเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทางกลุ่มไลน์แอปฟริเซียลเช่นกัน

ขั้นตอนการสังเกต Observing ผู้วิจัยติดตามพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ทางคลินิกจากการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคนได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการให้ความร่วมมือในการใช้ยา การขาดนัด ภาวะ Hypoglycemia ระดับฮีโมโกบินเอวันซี ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ทักษะ การปฏิบัติการฉีดยาอินซูลิน ทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบจากการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน

ขั้นตอนการสะท้อนข้อมูลกลับ (Reflecting)

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เพื่อสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน คือ ความรู้เกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน อัตราการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ระดับฮีโมโกบิน เอวันซี ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และทักษะการปฏิบัติการฉีดยาอินซูลิน ให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินและทีมเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพังโคน พร้อมกับคำแนะนำในการพัฒนารูปแบบฯ พร้อมกับแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในส่วนในประเด็นที่ประสบกับปัญหาในการฉีดยาอินซูลินชนิดเข็มฉีด ร่วมกับเสนอแนวทางใหม่ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ส่วนการสะท้อนข้อมูลกลับรอบที่ 2 ได้เพิ่มการสะท้อนข้อมูลทางด้านคลินิกให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน เป็นรายบุคคล นำข้อมูลทั้งหมดไปจัดทำแผนรอบที่ 2 (Re-planning) หลังจากนั้นดำเนินการในระยะที่ 2 ซ้ำอีกครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์

ระยะประเมินผลลัพธ์นี้ โดยวิเคราะห์หาสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดตามแผนการสั่งใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการให้ความร่วมมือในการใช้ยา การขาดนัด ภาวะHypoglycemia ระดับฮีโมโกบินเอวันซี ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ทักษะการปฏิบัติการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ขอความร่วมมือทีมฯ ในการส่งเสริมการให้บริบาลทางเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดเข็ม โดยผู้วิจัยจะนัดติดตามเพื่อประเมินรูปแบบการให้บริการและผลลัพธ์การบริบาล ทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลินชนิดเข็มฉีดซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริบาล ทางเภสัชให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นประเมินลัพธ์อีกครั้ง พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมให้กำลังใจทีมฯ และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และให้กำลังใจในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังปฏิบัติการฉีดยายังไม่ถูกต้องครบถ้วน

2. ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 56.82) รองลงมาคือช่วงอายุ 51–60 ปี (ร้อยละ 22.73) โดยมีอายุเฉลี่ย 59.55 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.99 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึง วัยสูงอายุ ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.55) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 25.00) ขณะที่ระดับปริญญาตรีมีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.55) ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีอาชีพทำการเกษตร (ร้อยละ 59.09) รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 18.19) อาชีพค้าขายและอาชีพอิสระ (ร้อยละ 11.36) เท่ากัน ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.47) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 15.90) และหม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 13.63) ด้านโรคร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด คือมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 59.09) รองลงมาคือมีโรคร่วมไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 29.55) โรคไต (ร้อยละ 9.09) และโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 2.27) ด้านผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ คู่สมรส (ร้อยละ 70.47) รองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 20.44) และญาติ (ร้อยละ 9.09) และสำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาอินซูลิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากการฉีดยาอินซูลิน (ร้อยละ 75.00) และไม่มีอาการข้างเคียงจากการฉีดยาอินซูลิน (ร้อยละ 25.00)

2.2 ความรู้ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ใน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.18) โดยมีข้อที่ตอบผิดมากกว่าร้อยละ 50.00 หลายข้อ ข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ เก็บขวดน้ำยาฉีดอินซูลินไว้ในตู้เย็นในช่องแช่แข็ง ร้อยละ 54.45 และยาฉีดอินซูลินที่เปิดใช้แล้ว จะเก็บไว้ได้ที่อุณหภูมิห้องได้นานประมาณ 1 เดือน ร้อยละ 54.45 และยาฉีดอินซูลินที่เปิดใช้แล้วเก็บไว้ในตู้เย็นได้นานประมาณ 6 เดือน ร้อยละ 52.27 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.15) ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเกือบทุกข้อ โดยร้อยละของการตอบถูกอยู่ระหว่างร้อยละ 75.00-100.00 และหลายข้อมีร้อยละการตอบถูกครบทุกคน (ร้อยละ 100.00) ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 12 คะแนน (Range=6) อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 14 คะแนน (Range=3) อยู่ในระดับสูง และคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบฯ สูงกว่าก่อน การพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.3 ผลการศึกษาด้านการปฏิบัติ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน การปฏิบัติการฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดยา สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 21.949$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการปฏิบัติการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดยาในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิผล ในด้านรายข้อ พบว่าคะแนนการล้างทำความสะอาดมือ และเช็ดให้แห้งก่อนเตรียมยาฉีดอินซูลิน การใช้เข็มฉีดยา แทงผ่านผิวหนัง โดยวางปลายเข็มเอียงทำมุมระหว่าง 45-90 องศากับผิวหนังบริเวณที่จะฉีดยา การค้างไว้สักครู่ประมาณ 5-10 วินาที และการไม่คลึง หรือนวดบริเวณที่ฉีดยา สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p \leq .05$)

2.4 ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลทางเภสัชกรรม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร เฉลี่ยเท่ากับ 189.34 mg/dL (SD = 37.66) ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงอย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 140.48 mg/dL (SD = 20.35)

ในส่วนของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.02 (SD = 1.62) และภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยของ HbA1c ลดลงเหลือ 7.77 (SD=1.16)

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าระดับ น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการบริบาลทางเภสัชกรรม ขอลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 44)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนารูปแบบฯ		หลังพัฒนารูปแบบฯ		*Paired t-test*	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	t	*p*
FPG	189.34	37.66	140.48	20.35	12.149	.000*
HBA1c	9.02	1.62	7.77	1.16	11.585	.000*

ผลการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบ มากที่สุดคือ ฉีดยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษา ร้อยละ 38.64 รองลงมาคือ ปรับเปลี่ยนปริมาณยาฉีดเอง ร้อยละ 20.44 และลืมฉีดยา ร้อยละ 15.90 ส่วนหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบเพียงการขาดยา/ยาหมดก่อนวันนัด ร้อยละ 9.09 ลืมฉีดยาและฉีดยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษา ร้อยละ 6.82 เท่ากัน และปรับเปลี่ยนปริมาณยาฉีดเอง เพียงร้อยละ 2.27 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 44)

ความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน	ก่อนพัฒนารูปแบบฯ		หลังพัฒนารูปแบบฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ลืมฉีดยา	7	15.90	3	6.82
2. ปรับเปลี่ยนปริมาณยาฉีดเอง	9	20.44	1	2.27
3. ขาดยา/ยาหมดก่อนวันนัด	5	11.36	4	9.09
4. ฉีดยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษา	17	38.64	3	6.82
5. ขาดนัด	5	11.36	0	0.00

ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฉีดอินซูลิน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบ มากที่สุดคือ ภาวะ Hypoglycemia ร้อยละ 25.00 ก้อนไขมันบริเวณฉีดยาร้อยละ 20.44 ส่วนหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบภาวะ Hypoglycemia ร้อยละ 15.90 และก้อนไขมันบริเวณฉีดยาร้อยละ 18.19 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฉีดอินซูลิน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 44)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	ก่อนพัฒนารูปแบบฯ		หลังพัฒนารูปแบบฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะ Hypoglycemia	11	25.00	7	15.90
2. ก้อนไขมันบริเวณฉีดยา	9	20.44	8	18.19

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน

จากการพัฒนารูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน ผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ผู้วิจัย ใช้แนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการท ที่ได้จากการทบทวนแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินและวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะให้ได้รูปแบบที่ดี มีมาตรฐานกับ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observine) และการสะท้อนกลับ (reflectine) ซึ่งในการพัฒนารูปแบบฯ นั้น เมื่อครบวงจรในการ

พัฒนารอบที่ 1 จากนั้นได้พิจารณาปรับปรุงแผน (Re-planning) และดำเนินการในรอบที่ 2 อย่างต่อเนื่อง[14] ซึ่งในการพัฒนารูปแบบฯ นี้ได้นำนโยบายการดำเนินการโรคเรื้อรังตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวง แผนโรงพยาบาลพังโคน มากำหนดเป็นแผนในการดำเนินการ และปรับเปลี่ยนแผนตามบริบทของประเด็นปัญหาที่พบ เพื่อการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เพื่อให้การดำเนินการนี้บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ส่งผลลัพธ์ทางด้านคลินิกที่ดีเพิ่มขึ้น ดังเช่นการปรับเปลี่ยนการบริบาลทางเภสัชกรรม ที่เพิ่มการให้ความรู้ และฝึกทักษะการฉีดยาอินซูลินซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ฉีดยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษา ปรับเปลี่ยนปริมาณยาฉีดเอง และลืมฉีดยา นอกจากนี้ยังได้เพิ่มการทำ Telephamacy สัปดาห์ละ 1 -2 ครั้ง การสื่อสารความรู้และสื่อสารวิธีการฉีดยาอินซูลินที่หลากหลายช่องทางทำให้หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบเพียงการขาดยา/ยาหมดก่อนวันนัด ร้อยละ 9.09 ลืมฉีดยาและฉีดยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษา ร้อยละ 6.82 เท่ากัน ปรับเปลี่ยนปริมาณยาฉีดเองเพียงร้อยละ 2.27 และภาวะ Hypoglycemia เหลือร้อยละ 15.90

2. ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) อาจเนื่องจากผลการดำเนินการในขั้นตอน Acting ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลิน ผลข้างเคียงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอินซูลิน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการแจกแผ่นพับการใช้ยาฉีดอินซูลิน รวมทั้งผู้วิจัยได้ให้ความรู้ซ้ำ ในกลุ่มไลน์แอปฟริเซียล และการให้ความรู้ทางTelephamacy จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินหลังได้รับรูปแบบฯ สูงกว่ากว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ ซึ่งการติดตามการใช้ยาทางไกลผ่านการโทรศัพท์ หรือผ่านช่องทางการสื่อสารอื่น เป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ติดตามผู้ป่วย ได้โดยตรง ไม่มีช่องว่างระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย สามารถให้คำแนะนำ และจัดการปัญหา ที่ผู้ป่วยกังวลใจได้โดยตรงแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้อย่างทันที เตือนผู้ป่วยเรื่องของการทานยาได้[12] และสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชนา พืดขุนทด[2] ที่ศึกษาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินโรงพยาบาลบ้านด่าน โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อการสอนที่หลายช่องทาง พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน

ผลการศึกษาการปฏิบัติเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลินพบว่า หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดยา สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาจเนื่องจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในหลากหลายช่องทางตามที่กล่าวไว้ รวมถึงการ Acting รอบที่ 1 การฝึกปฏิบัติการฉีดอินซูลินด้วยหุ่น และประเมินการปฏิบัติการฉีดอินซูลิน และ Acting รอบที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสื่อสารวิธีการฉีดยาอินซูลิน และการเตือนการฉีดยาตรงตามเวลาที่แพทย์กำหนดด้วยคลิปวิดีโอสั้น ๆ ทางกลุ่มไลน์แอปฟริเซียล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ดังนั้นหลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนน การปฏิบัติการฉีดอินซูลินชนิดเข็มฉีดยา สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการฝึกการปฏิบัติการใช้ยาฉีดอินซูลิน

พร้อมกับมีการประเมินการปฏิบัติใช้ยาฉีดอินซูลินย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการฉีดยาอินซูลิน และประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น[7]

4. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลทางเภสัชกรรม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน

ผลการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลทางเภสัชกรรม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร เฉลี่ยเท่ากับ 189.34 mg/dL (SD = 37.66) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.02 (SD = 1.62) สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน พบ การฉีดยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษาสูงถึงร้อยละ 38.64 ปรับเปลี่ยนปริมาณยาฉีดเอง ร้อยละ 20.44 และลืมฉีดยา ร้อยละ 15.90 ส่วนผลการติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฉีกอินซูลิน พบการเกิดภาวะ Hypoglycemia ร้อยละ 25.00 พบก้อนไขมันบริเวณฉีดยาร้อยละ 20.44 และหลังการพัฒนารูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยและทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอพังโคน ได้ดำเนินการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมทั้ง 3 ระยะ คือการดำเนินการตามแผน ลงมือปฏิบัติตามแผนตามขั้นตอน ที่กำหนด ประเมินและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการสะท้อนข้อมูลกลับทั้งทีมเครือข่ายสุขภาพและผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการรับฟังข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแผนดำเนินการซ้ำอีกครั้ง[14] ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านคลินิกมีแนวโน้มดีเพิ่มขึ้นคือ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงอย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 140.48 mg/dL ส่วนระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 7.77 และส่วนค่าความแตกต่าง ของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกัน สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน พบเพียงการขาดยา/ยาหมดก่อนวันนัด ร้อยละ 9.09 ลืมฉีดยาและฉีดยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษา ร้อยละ 6.82 เท่ากัน และปรับเปลี่ยนปริมาณยาฉีดเองลดลงเป็น ร้อยละ 2.27 และพบภาวะ Hypoglycemia ร้อยละ 15.90 และก้อนไขมันบริเวณฉีดยาร้อยละ 18.19 ซึ่งการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการฝึกการปฏิบัติการใช้ยาฉีดอินซูลินพร้อมกับมีการประเมินการปฏิบัติใช้ยาฉีดอินซูลินย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการฉีดยาอินซูลิน และประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่ามัธยฐาน ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารภายหลังการบริบาลเภสัชกรรมลดลงจากก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรกำหนดเป็นนโยบายในการใช้รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพังโคน เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

2) ควรนำผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบฯ นี้ ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและผลัพธ์ด้านองค์รวม เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน โดย มีการเปรียบเทียบกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

2) ควรศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนานี้ กับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ และหรือผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน เพื่อให้มีความครอบคลุมของรูปแบบฯ นี้เพิ่มขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้[อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566].เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=38426&deptcode=odpc7
2. อัญชนา พีดขุนทด. (2566). การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลบ้านด่าน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีษะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38*(1),237-46
3. Sapra A, Bhandari P. [Updated 2023 Jun 21]. *Diabetes*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551501/
4. Zadhoush, F.; Sadeghi, M.; Pourfarzam, M. (2015). Biochemical changes in blood of type 2 diabetes with and without metabolic syndrome and their association with metabolic syndrome components. *Journal of Research in Medical Sciences 20(8),* 763-770. *DOI:* 10.4103/1735-1995.168383
5. Ohiagu, F. O., Chikezie, P. C., & Chikezie, C. M. (2021). Pathophysiology of diabetes mellitus complications: Metabolic events and control. *Biomedical Research and Therapy*, *8*(3), 4243-4257.
6. Farmaki, P., Damaskos, C., Garmpis, N., Garmpi, A., Savvanis, S., & Diamantis, E. (2020). Complications of the type 2 diabetes mellitus. *Current cardiology reviews, 16*(4), 249–251. https://doi.org/10.2174/1573403X1604201229115531
7. สรรเสริญ มะลิทอง, ปนัดดา ฮูเซ็น, วนิดา พีรพัฒนโภคิน, นิตยา ภาพสมุทร, และปริญดา จันทร์บรรเจิด.(2567). ประสิทธิผลของการบริบาลทางเภสัชกรรม เรื่องการใช้ยาฉีดอินซูลินต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. [เข้าถึงเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/files
8. ธีรานาฏ ศรีวิราศ. (2567). ผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการสาธารณสุขผลการประเมินความรู้และทักษะของผู้ป่วยก่อน-หลังได้รับคำปรึกษาการใช้ยาฉีดอินซูลินในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในเขต รพ.สต.นาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. [เข้าถึง เมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://bkpho.moph.go.th/public/files
9. จิราวัฒน์ สุวัตธิกะ. (2566). ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลโดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข, 1*(2), 122-139.
10. พัทร์วรินท์ ศรลัมพ์, ณัฐธิดา เวทนาสุข, และรณกฤต ทีทา. (2567). ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4*(1), e267221. [เข้าถึงเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/267211/183035
11. Iftinan, G. N., Elamin, K. M., Rahayu, S. A., Lestari, K., & Wathoni, N. (2023). Application,benefits, and limitations of telepharmacy for patients with diabetes in the outpatient setting. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *16*, 451–459. https://doi.org/10.2147/JMDH.S400734
12. ประริเนตร เดชวรวาทิน, พุทธิพงศ์ อารีรัตน์, พีระศักดิ์ คำสงค์. (2567). การประเมินผลการบริบาลเภสัชกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลอากาศอำนวย. *วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม, 2*(2), 3430. [เข้าถึงเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHE/article/view/3430/2637
13. โรงพยาบาลพังโคน. (2567). ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ. 2567
14. Kemmis, S and Mc taggart, (1990). *The action research planner.* (3re ed) Victoria: Deakin University Press.

ปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทย

Causal Factors Influencing Competitive Advantage and Business Performance of Health Food and Beverage Businesses of Thailand.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

ภาวิศา การัตน์[1]
Phawisa Karat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยเหตุและผลของความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทย และศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทย ตลอดจนสร้างแบบจำลองปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะ ผู้ประกอบการ ที่ประกอบธุรกิจธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ หรือ พนักงานที่มีตำแหน่งระดับหัวหน้างานขึ้นไป และมีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทย เท่านั้น ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 420 คน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัย โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ปัจจัยด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ และปัจจัยด้านเครือข่ายทางธุรกิจ มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน อยู่ในระดับมาก และปัจจัยด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านผลการดำเนินงานทางธุรกิจอยู่ในระดับมากเช่นกัน ทั้งนี้ปัจจัยด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ปัจจัยด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ และปัจจัยด้านเครือข่ายทางธุรกิจ มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อปัจจัยด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน และปัจจัยด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อปัจจัยด้านผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ทั้งนี้ปัจจัยด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ปัจจัยด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ และปัจจัยด้านเครือข่ายทางธุรกิจมีอิทธิพลทั้งทางตรงเชิงบวกและทางอ้อมต่อผลปัจจัยด้านผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ตลอดจนแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

คำสำคัญ: ความได้เปรียบในการแข่งขัน, ผลการดำเนินงานทางธุรกิจ, ธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to examine the causal factors influencing competitive advantage and business performance of health food and beverage businesses in Thailand. The study also investigated the influence of causal factors affecting competitive advantage and business performance, as well as developed a causal model of factors influencing competitive advantage and business performance of health food and beverage businesses in Thailand. The sample group consisted of 420 respondents, including entrepreneurs operating health food and beverage businesses and employees at the supervisory level or higher, aged 20 years and above, working in health food and beverage businesses in Thailand. Data were analyzed using statistical software with a significance level of 0.05. The statistical methods used included frequency, percentage, mean, standard deviation, confirmatory factor analysis (CFA), and structural equation model (SEM) fit assessment with empirical data.

[1] คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม E mail: phawisa.ka@spu.ac.th

The results revealed that digital technology factors, modern management factors, and business networking factors had a high level of influence on competitive advantage. Furthermore, competitive advantage significantly influenced business performance at a high level. Digital technology factors, modern management factors, and business networking factors had direct positive effects on competitive advantage. In addition, competitive advantage had a direct positive effect on business performance. Moreover, digital technology factors, modern management factors, and business networking factors had both direct positive and indirect effects on business performance. The developed model demonstrated a good fit with the empirical data.

Keywords: Competitive Advantage, Business Performance, Health Food and Beverage Business

บทนำ

ในปัจจุบัน กระแสการดูแลสุขภาพและการบริโภคอย่างมีคุณภาพได้กลายเป็นแนวโน้มสำคัญของผู้บริโภคทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้ธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งในด้านการสร้างรายได้ การจ้างงาน และการพัฒนานวัตกรรมด้านอาหารเพื่อสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพจึงถือเป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมที่มีศักยภาพในการเติบโตสูง และมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (สสว.) ระบุว่า ธุรกิจ SMEs ของประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) และมีจำนวนผู้ประกอบการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มที่มีแนวโน้มเติบโตตามพฤติกรรมผู้บริโภคที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพ ความปลอดภัยของอาหาร และคุณค่าทางโภชนาการ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าภาครัฐจะมีนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาธุรกิจ SMEs อย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านเงินทุน การพัฒนาองค์ความรู้ และการส่งเสริมการตลาด แต่ผู้ประกอบการธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจในระยะยาว ปัญหาสำคัญที่ผู้ประกอบการธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพต้องเผชิญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเงินทุน ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ การลงทุนด้านเทคโนโลยี และการขยายธุรกิจ นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการตลาด เช่น การสร้างแบรนด์ การเข้าถึงกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย และการแข่งขันที่เพิ่มขึ้นจากผู้ประกอบการรายใหญ่ รวมถึงผลิตภัณฑ์นำเข้าจากต่างประเทศ อีกทั้งผู้ประกอบการ SMEs ยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภคที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น มีความต้องการผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย และมีการตัดสินใจซื้อผ่านช่องทางออนไลน์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ประกอบการต้องปรับตัวและพัฒนากลยุทธ์ทางธุรกิจอย่างต่อเนื่อง[1] นอกจากนี้ ธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพยังต้องเผชิญกับความท้าทายด้านมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร การพัฒนานวัตกรรมผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ รวมถึงการดำเนินธุรกิจอย่างยั่งยืน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจขององค์กร ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วยทั้งปัจจัยภายในองค์กร เช่น การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และนวัตกรรม และปัจจัยภายนอก เช่น สภาพการแข่งขัน เทคโนโลยี และนโยบายภาครัฐ ซึ่งยังไม่ได้รับการศึกษาในเชิงระบบอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ จะช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันและสร้างความยั่งยืนให้กับธุรกิจในระยะยาว[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ประกอบการในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินธุรกิจให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน และเพิ่มศักยภาพการเติบโตของธุรกิจได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสามารถใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและมาตรการสนับสนุนธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางธุรกิจในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเหตุและผลของความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย
3. เพื่อสร้างแบบจำลองปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศเป็นหลัก เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น สามารถนำมาพัฒนาและประยุกต์ใช้ ในการกำหนดเป็นกรอบแนวความคิดการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งงานวิจัยและบทความต่าง ๆ ที่สามารถนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

1. เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ผู้วิจัยใช้แนวคิด ทฤษฎี ของ Victor et al.[3] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความสามารถในการได้มา (Acquisitive Capability) (2) ความสามารถในการปฏิบัติการ (Operative Capability) (3) ความสามารถในการปรับตัว (Adaptive Capability) (4) ความสามารถด้านนวัตกรรมใหม่ (Innovative Capability)

2. การบริหารและการจัดการสมัยใหม่ (Modern Administration and Management) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี 7-S Framework McKinsey[4] ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ระบบ (System) (2) กลยุทธ์ (Strategy) (3) โครงสร้าง (Structure)4) รูปแบบ (Style) (5) ทักษะ (Skill) (6) ค่านิยมร่วม (Shared Values) และ (7) บุคลากร (Staff)

3. เครือข่ายทางธุรกิจ (Business Networking) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีของ Saqib et al.[5,6] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) พันธมิตรทางธุรกิจ (Business Alliances) (2) คู่ค้า (Suppliers) และ (3) กิจการร่วมค้า (Joint Venture)

4. ความได้เปรียบในการแข่งขัน (Competitive Advantage) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีของ Porter[7] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลยุทธ์ความแตกต่าง (Differentiation Strategy) (2) กลยุทธ์ต้นทุนต่ำ (Cost Leadership Strategy) และ (3) กลยุทธ์ความแตกต่างเฉพาะกลุ่ม (Focus Strategy)

5. ผลการดำเนินงานทางธุรกิจ (Business Performance) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี ของ Kaplan and Norton[8] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ด้านการเงิน (Financial Perspective) (2) ด้านลูกค้า (Customer Perspective) (3) ด้านกระบวนการภายใน (Internal Process

Perspective) และ (4) ด้านการเรียนรู้และเติบโต (Learning and Growth Perspective)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ประกอบการที่ประกอบของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย หรือ พนักงานที่มีตำแหน่งระดับหัวหน้างานขึ้นไป และมีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 380,000 แห่ง[9]

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะ ผู้ประกอบการ ที่ประกอบธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทยหรือพนักงานที่มีตำแหน่งระดับหัวหน้างานขึ้นไป และมีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 380,000 แห่ง[9] ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสม จำนวน 420 คน โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ในแบบจำลอง (21 x 20) Hair et al.[10] จากนั้นผู้วิจัยเลือกแจกแบบสอบถามโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ตอบแบบสอบถามโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผลการคำนวณที่ได้นั้น เป็นจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องมือทางเทคนิคสถิติ Structural Equation Modeling (SEM) ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผู้วิจัย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยแบบสอบถาม 1 ฉบับ แบ่งเป็น 6 ส่วน ซึ่งข้อคำถามที่ใช้วัดตัวแปรทุกตัวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนั้นเนื้อหาในแบบสอบถามจะครอบคลุมแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว เพื่อให้ตรงประเด็นและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับด้านส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology)

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ (Modern Administration and Management)

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับด้านเครือข่ายทางธุรกิจ (Business Networking)

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับด้านได้เปรียบในการแข่งขัน (Competitive Advantage)

ส่วนที่ 6 คำถามเกี่ยวกับด้านผลการดำเนินงานทางธุรกิจ (Business Performance)

โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยใช้วิธี Likert Scale มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ[11] และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ส่วนที่มีค่าน้อยกว่า 0.6 ให้ตัดทิ้งไป แต่หากต้องการนำมาใช้ จะต้องดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญ (Hambleton, 1984) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.78 สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้ การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน แล้ว

นำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α – Coefficient) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) โดยเลือกศึกษา ผู้ประกอบการ ที่ประกอบธุรกิจของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย หรือ พนักงานที่มีตำแหน่งระดับหัวหน้างานขึ้นไป และมีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย โดยผลการคำนวณที่ได้นั้น เป็นจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องมือทางเทคนิคสถิติ Structural Equation Modeling (SEM) ได้

3. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 420 ฉบับ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้ 1) การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล 420 ฉบับ 2) การลงรหัสข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบข้อมูลแล้วมากำหนดใส่รหัส 3) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ 4) การวิเคราะห์ ปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย โดยกำหนดเกณฑ์การใช้น้ำหนักแปลความหมายค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์โมเดลสมการปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับตัวแปรมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และกำหนดให้เป็นโมเดลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยโปรแกรม LISREL เพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Model Fit) โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Assessment of Model Fit) โดยดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบด้วย ดัชนีค่า Chi-Square, $\chi 2$ /df, CFI, GFI, AGFI, RMSEA และ SRMR โดยเกณฑ์ในการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งสามารถแสดงเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอธิบายได้ดังนี้ [6]

(1) ค่า Chi-Square ($\chi 2$-test) ค่าไค-สแควร์เป็นค่าสถิติทดสอบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการทดสอบว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็นศูนย์จริงตามสมมุติฐาน และตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยถ้าค่าไค-สแควร์ มีนัยสำคัญแสดงว่าโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่สอดคล้องกลมกลืนกัน

(2) ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ ($\chi 2$/df) การพิจารณาค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ ควรมีค่าน้อยกว่า 2.00 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(3) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index: CFI) การพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ โดย CFI ที่ดีควรมีค่า 0.90 ขึ้นไป แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์

(4) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ (Absolute Fit Index) ที่นิยมใช้และผู้วิจัยนำมาใช้ในการพิจารณา 2 ดัชนี คือ ดัชนีวัดความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) เป็นการแสดงถึงปริมาณความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายได้ด้วยโมเดล และดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้ไขแล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เป็นการแสดงถึงปริมาณความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายได้ด้วย

โมเดลปรับแก้ด้วยองศาความเป็นอิสระ โดยทั่วไปค่า GFI และค่า AGFI มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ค่า ซึ่ง GFI และค่า AGFI ที่ยอมรับได้ควรมีค่ามากกว่า 0.90

(5) ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เป็นค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน โดยค่า RMSEA ที่ดีมากควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีค่าระหว่าง 0.05 ถึง 0.08 หมายถึง โมเดลค่อนข้างสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าระหว่าง 0.08 ถึง 0.10 แสดงว่า โมเดลสอดคล้องกลมกลืน กับข้อมูลเชิงประจักษ์เล็กน้อย และค่าที่มากกว่า 0.10 แสดงว่าโมเดล ยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(6) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนในรูปความคลาดเคลื่อน โดยดัชนีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ในการพิจารณา คือ รากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เป็นค่าดัชนีความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Residual) ซึ่งเป็นค่าความคลาดเคลื่อนหารด้วยค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณค่า (Estimated Standard Error) โดยควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงจะสรุปได้ว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ถ้าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกัน ผู้วิจัยจะต้องปรับโมเดล แล้วดำเนินการใหม่จนกว่าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์จะสอดคล้องกลมกลืนกันวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งหัวข้อการนำเสนอเป็น 6 หัวข้อ คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (2) ค่าเฉลี่ยของตัวแปร ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ (Modern Administration and Management) ด้านเครือข่ายทางธุรกิจ (Business Networking) ด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน (Competitive Advantage) และ ผลการดำเนินงานทางธุรกิจ (Business Performance) (3) ผลการตรวจสอบ ความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (4) ผลการวิเคราะห์เส้นทาง (5) การพัฒนาโมเดล และ (6) ผลการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดโดยสรุป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.00 มีอายุ อยู่ในช่วง 35-40 ปี จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.50 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีจำนวน 263 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.70 ผู้ให้ข้อมูลเป็นหัวหน้างาน มีจำนวน 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีประสบการณ์ ในการทำงานตั้งแต่ 5-15 ปี มีจำนวน 246 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.50

(1) ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) อยู่ในระดับมาก

(2) ด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ (Modern Administration and Management) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ อยู่ในระดับมาก

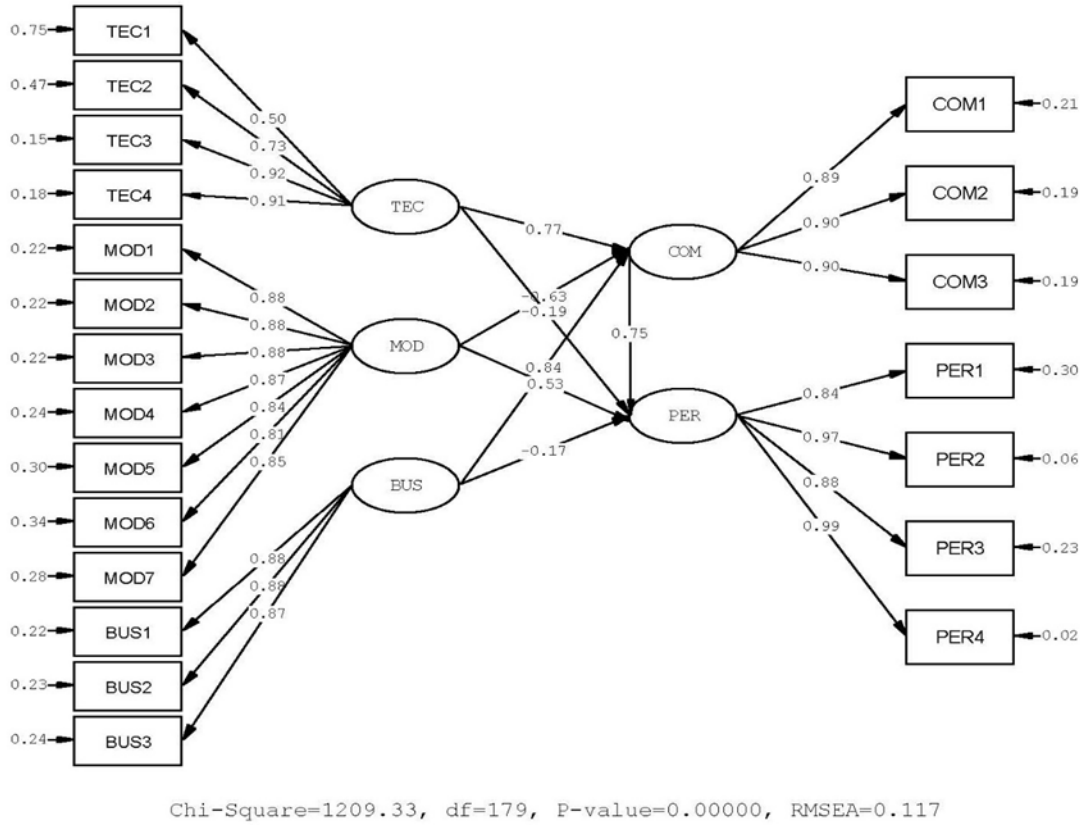
(3) ด้านเครือข่ายทางธุรกิจ (Business Networking) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเครือข่ายทางธุรกิจ อยู่ในระดับมาก

(4) ด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน (Competitive Advantage) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความได้เปรียบในการแข่งขัน อยู่ในระดับมาก

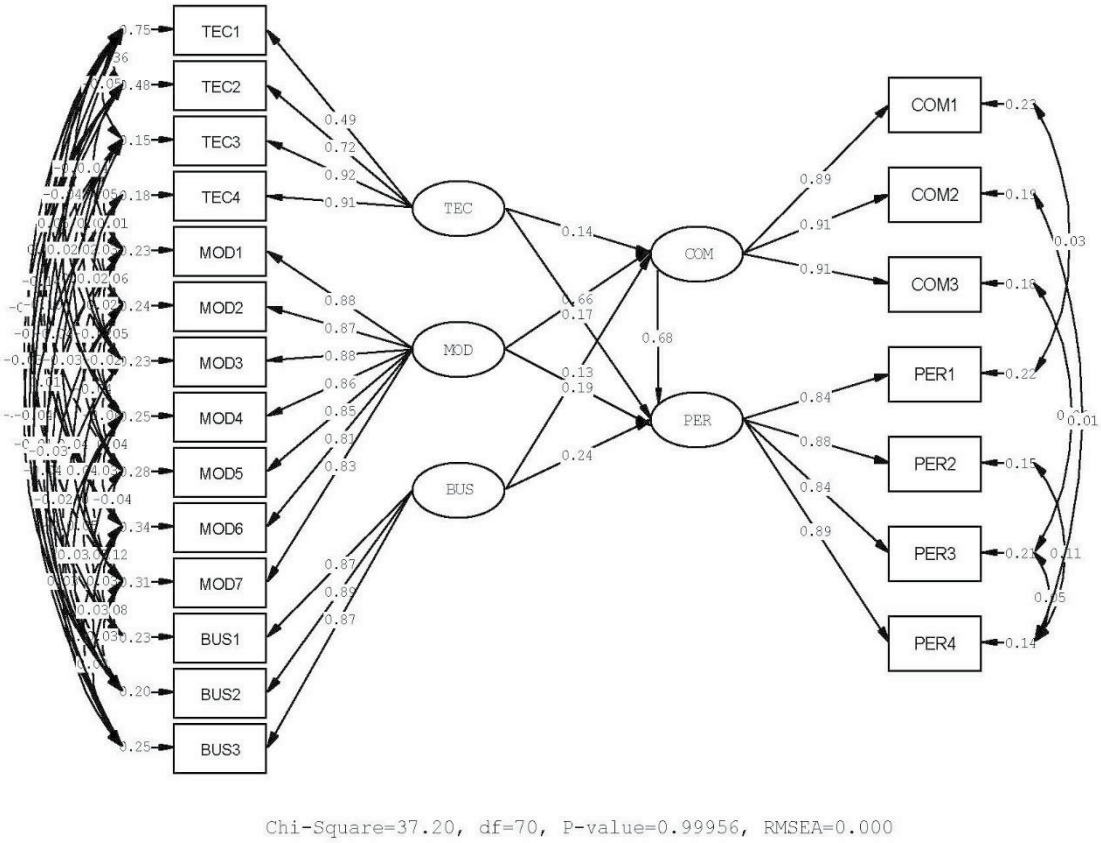
(5) ด้านผลการดำเนินงานทางธุรกิจ (Business Performance) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานทางธุรกิจ อยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์เส้นทาง

ผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ได้รับอิทธิพลรวมจากความได้เปรียบในการแข่งขัน (COM) สูงสุด โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.68 เป็นอิทธิพลทางตรงทั้งหมด 0.68 รองลงมา คือ การบริหาร และการจัดการสมัยใหม่ โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.64 เป็นอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.19 และเป็นอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.45 เครือข่ายทางธุรกิจ โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.43 เป็นอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.24 และเป็นอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.19 และเทคโนโลยีดิจิทัล โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.27 เป็นอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.17 และเป็นอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.10 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน ยังได้รับอิทธิพลจาก ด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และด้านเครือข่ายทางธุรกิจ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.66, 0.14 และ 0.13 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลทางตรงทั้งหมด ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์สมการโครงสร้าง-ก่อนปรับ



ภาพประกอบที่ 2 แบบจำลองความสัมพันธ์สมการโครงสร้างหลังปรับ

การพัฒนาโมเดล

ผู้วิจัยพัฒนาโมเดล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบร่วมที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรสังเกตได้ ผลที่ได้คือลดจำนวนตัวแปรสังเกตได้ และสร้างตัวแปรใหม่ในรูปองค์ประกอบร่วมทีเป็นการรวมกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ผลการวิจัย พบว่า

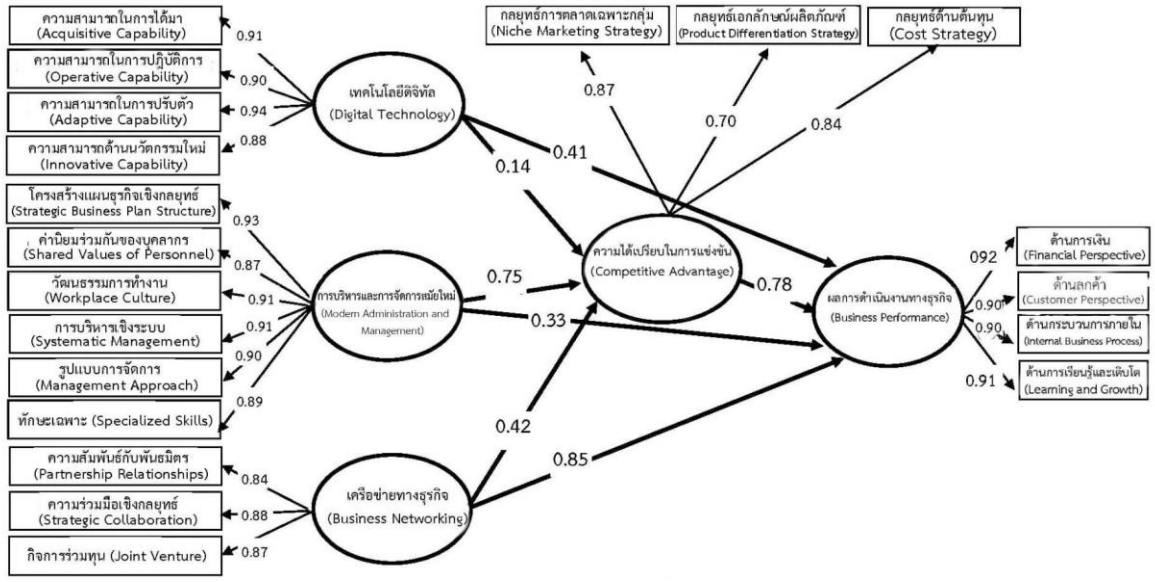
ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ประกอบด้วย ความสามารถในการได้มาความสามารถในการปฏิบัติการ ความสามารถในการปรับตัว ความสามารถด้านนวัตกรรมใหม่ ด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ (Modern Administration and Management) ประกอบด้วย โครงสร้างแผนธุรกิจเชิงกลยุทธ์ ค่านิยมร่วมกันของบุคลากร วัฒนธรรมการทำงาน การบริหารเชิงระบบรูปแบบการจัดการ ทักษะเฉพาะ ด้านเครือข่ายทางธุรกิจ (Business Networking) ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับพันธมิตร ความร่วมมือ เชิงกลยุทธ์ กิจการร่วมทุน ด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน (Competitive Advantage) ประกอบด้วย กลยุทธ์การตลาดเฉพาะกลุ่ม กลยุทธ์เอกลักษณ์ผลิตภัณฑ์ (NCOM2) กลยุทธ์ ด้านต้นทุน และผลการดำเนินงานทางธุรกิจ (Business Performance) ประกอบด้วย ด้านการเงิน ด้านลูกค้า ด้านกระบวนการภายใน ด้านการเรียนรู้และเติบโต

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับ

โมเดล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืนทั้ง 6 ดัชนีที่ผ่านเกณฑ์การยอมรับ คือค่าดัชนี χ^2 = 28.13, df = 48, P = 0.99019, CFI = 1.00, GFI= 0.99, AGFI = 0.97 และ SRMR = 0.0085

ผลการวิเคราะห์เส้นทาง พบว่า

ด้านผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจาก ด้านเครือข่ายทางธุรกิจ โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 1.00 เป็นอิทธิพลทางตรง 0.85 และเป็นอิทธิพลทางอ้อม 0.15 รองลงมา คือ ความได้เปรียบในการแข่งขัน โดยมีขนาดอิทธิพลรวม 0.78 เป็นอิทธิพลทางตรงทั้งหมดด้าน การบริหารและการจัดการสมัยใหม่ โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.58 เป็นอิทธิพลทางตรง 0.33 และเป็นอิทธิพลทางอ้อม 0.25 เทคโนโลยีดิจิทัล โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.52 เป็นอิทธิพลทางตรง 0.41 และเป็นอิทธิพลทางอ้อม 0.11 นอกจากนี้ ด้านความได้เปรียบในการแข่งขันยังได้รับ อิทธิพลจาก ด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ ด้านเครือข่ายทางธุรกิจ และ ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.75, 0.42 และ 0.14 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรงทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ภาพประกอบที่ 3 แบบจำลองความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (EFA)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยเหตุ

ผลการศึกษาปัจจัยเหตุที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านเทคโนโลยีดิจิทัล การบริหารและการจัดการสมัยใหม่ และเครือข่ายทางธุรกิจ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพองค์กรเพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะความสามารถในการได้มาซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการมีความตระหนักถึงความสำคัญของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินธุรกิจ เช่น การใช้ระบบดิจิทัล เครื่องจักร และซอฟต์แวร์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ขณะที่ความสามารถในการปฏิบัติการมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและทักษะด้านดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Grant[12] ที่ชี้ให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอย่าง

มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการพัฒนาทักษะบุคลากรและการเรียนรู้ขององค์กรอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ความสามารถในการปรับตัวและความสามารถด้านนวัตกรรมใหม่อยู่ในระดับมาก สะท้อนถึงศักยภาพของธุรกิจในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Teece et al.[13] เกี่ยวกับความสามารถเชิงพลวัตขององค์กร ด้านการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านค่านิยมร่วมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าธุรกิจให้ความสำคัญกับการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและความร่วมมือของบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้เกิดความยั่งยืน ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Peters และ Waterman[14] ที่ระบุว่าค่านิยมร่วมเป็นหัวใจขององค์กรที่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ด้านทักษะและโครงสร้างองค์กรยังอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและโครงสร้างองค์กรที่ยืดหยุ่นตามแนวคิด 7-S Model ของ McKinsey อย่างไรก็ตาม ด้านกลยุทธ์และรูปแบบการบริหารมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์ที่ยืดหยุ่นและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับ Veselinović[15] ด้านเครือข่ายทางธุรกิจ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมากทั้งด้านพันธมิตรทางธุรกิจ คู่ค้า และกิจการร่วมค้า โดยเฉพาะด้านพันธมิตรทางธุรกิจและคู่ค้ามีค่าเฉลี่ยสูง แสดงให้เห็นว่าธุรกิจให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือทางธุรกิจ ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการแข่งขัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Peng[16] อย่างไรก็ตาม ด้านกิจการร่วมค้ามีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านกฎหมายและความเสี่ยงในการลงทุนร่วม ด้านความได้เปรียบในการแข่งขัน พบว่าทั้งกลยุทธ์ความแตกต่าง กลยุทธ์ต้นทุนต่ำ และกลยุทธ์เฉพาะกลุ่ม ในระดับมาก โดยกลยุทธ์ความแตกต่างมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพให้ความสำคัญกับการสร้างเอกลักษณ์สินค้าและบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Porter (1985) ด้านผลการดำเนินงานทางธุรกิจ พบว่าอยู่ในระดับมากทั้งด้านการเงิน ลูกค้า กระบวนการภายใน และการเรียนรู้และเติบโต โดยด้านการเรียนรู้และเติบโตมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าธุรกิจให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพองค์กรในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Balanced Scorecard ของ Kaplan และ Norton[8]

ผลอิทธิพลของปัจจัยเหตุ

ผลการวิเคราะห์เส้นทางพบว่า เทคโนโลยีดิจิทัล การบริหารและการจัดการสมัยใหม่ และเครือข่ายทางธุรกิจ มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผลการดำเนินงานทางธุรกิจได้รับอิทธิพลสูงสุดจากความได้เปรียบในการแข่งขัน (0.68) ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรงทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าองค์กรที่สามารถสร้างความแตกต่างเหนือคู่แข่ง จะสามารถแปลงศักยภาพดังกล่าวไปสู่ผลลัพธ์ทางธุรกิจที่เป็นรูปธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Porter[7] รองลงมาคือการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ ซึ่งมีอิทธิพลรวม 0.64 โดยเป็นอิทธิพลทางตรง 0.19 และอิทธิพลทางอ้อมผ่านความได้เปรียบในการแข่งขัน 0.45 แสดงให้เห็นว่าการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพช่วยสร้างความเข้มแข็งและความได้เปรียบในการแข่งขันขององค์กรในระยะยาว

ด้านเครือข่ายทางธุรกิจมีอิทธิพลรวม 0.43 โดยเป็นอิทธิพลทางตรง 0.24 และทางอ้อม 0.19 แสดงให้เห็นว่าการสร้างความร่วมมือกับพันธมิตรทางธุรกิจช่วยเพิ่มความคล่องตัวและเข้าถึงทรัพยากรที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Peng[16] ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลมีอิทธิพลรวม 0.27 แม้จะต่ำกว่าปัจจัยอื่น แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน และตอบสนองลูกค้าได้อย่างรวดเร็ว

ผลการสร้างแบบจำลอง

ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรม LISREL พบว่า โมเดลเริ่มต้นยังไม่

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนีบางตัวไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับโมเดลโดยใช้ค่าดัชนีการปรับโมเดล (Modification Indices) และยอมให้ค่าความคลาดเคลื่อนบางส่วนสัมพันธ์กัน หลังจากปรับโมเดล พบว่าค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดลผ่านเกณฑ์การยอมรับทั้งหมด ได้แก่ $\chi^2/df = 0.586$, CFI = 1.00, GFI = 0.99, AGFI = 0.97, RMSEA = 0.000 และ SRMR = 0.0085 ซึ่งแสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยเหตุและผลได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของสุภมาส อังศุโชติ และคณะ (2554) ที่ระบุว่าการปรับโมเดลจนค่าดัชนีผ่านเกณฑ์ยอมรับ แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป แบบจำลองปัจจัยเหตุและผลที่มีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในประเทศไทย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาธุรกิจเพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันและผลการดำเนินงานในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมธุรกิจประเภทอื่น การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มประเภทอื่น เช่น ธุรกิจอาหารทั่วไป ธุรกิจเกษตรแปรรูป หรือธุรกิจอาหารเพื่อสุขภาพในระดับอุตสาหกรรม เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างและเพิ่มความสามารถในการอธิบายผลการวิจัยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาในบริบทของพื้นที่หรือภูมิภาคที่แตกต่างกัน การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในระดับภูมิภาค เช่น ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ หรือระดับอาเซียน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านการบริหารจัดการและความสามารถในการแข่งขัน ควรเพิ่มตัวแปรใหม่ในการศึกษา การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อความได้เปรียบในการแข่งขัน เช่น นวัตกรรมองค์กร ภาวะผู้นำดิจิทัล การเป็นผู้ประกอบการเชิงนวัตกรรม หรือความสามารถในการปรับตัวขององค์กร เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของโมเดลการวิจัย

3. ควรใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น

4. ควรศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงเวลา (Longitudinal Study) การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาข้อมูลในช่วงเวลาต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัยมีความแม่นยำและสะท้อนสถานการณ์จริงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล. (2567).ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมของธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมภาคบริการ ประเภทด้านที่พักแรม ของประเทศไทยที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร.วารสารวิชาการเทคโนโลยีการจัดการ 5(1), 59-70.
2. Parera, J. M., Likumahua, D., & Ismail, R. S. (2021). Development Strategy for Micro Small Business (Umk) During the Covid-19 Pandemic In Maluku Province. Media Trend, 16(2), 259-274.
3. Victor, A. A., Frank, L. J., Makubalo, L. E., Kalu, A. A., & Impouma, B. (2023). Digital health in the African region should be integral to the health system's strengthening. Mayo Clinic Proceedings: Digital Health, 1(3), 425-434.

4. Waterman Jr, R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1977). Structure is not organization. Business horizons, 23(3), 14-26.
5. Saqib, N., & Shah, G. B. (2023). Business model innovation through digital entrepreneurship: A case of online food delivery start-up in India. International Journal of E-Entrepreneurship and Innovation (IJEEI), 13(1), 1-20.
6. สุภมาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณา และ รัชนีกูล ภิญโญภานุวัฒน์. (2554). สถิติวิเคราะห์สำหรับ การวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.7. Porter, M. E. (1985). Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance. Free Press.
8. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system.
9. สมาคมผู้ประกอบการธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมไทย (2567). จำนวนสมาชิกผู้ประกอบการธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมไทย.สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2568, จจาก https://www.tasme.or.th.
10. Hair, J. F. Jr, Anderson, R.E., Tatham, R.L. & Black, W.C. (1998). Multivariate Data Analysis. 5th ed. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
11. Hambleton, R.K. (1984). Validating the test scores. In R. A. Berk. (Ed). A guide to criterion-referenced test construction. (199 – 223). Baltimore and London: The Johns opkins University Press
12. Grant, R. M. (1996). Toward a knowledge based theory of the firm. Strategic Management Journal, 17(S2), 109–122.
16. Peng, M. Y.-P. (2021). International networking in dynamic internationalization capability: The moderating role of absorptive capacity. Journal of Business Research, 13(1), 455–466.
14. Peters, T. J., & Waterman, R. H. (1982). In search of excellence: Lessons from America's best-run companies. Harper & Row.
13. Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. Strategic Management Journal, 18(7), 509–533.
15. Veselinović, J. (2021). Strategic planning as the inevitability of modern management. Journal of Process Management – New Technologies. 8(2), 124–135.

อิทธิพลของคุณภาพการให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

Factors Influencing the Decision to Use Health Fitness Business Services Among Working-Age Individuals in Bangkok, Thailand.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

อรนิษฐ์ แสงทองสุข[1]
Oranit Sangthongsuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ และปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย และเพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ คนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ตัดสินใจเลือกใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation หรือ S.D.) และการวิเคราะห์หาการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจ และความเอาใจใส่ลูกค้า มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ด้านการให้ความมั่นใจ รองลงมา คือ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเอาใจใส่ลูกค้า และด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การตัดสินใจเลือกใช้บริการ, คุณภาพการให้บริการ, ธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to study the levels of personal factors, service quality factors, and decision-making factors in choosing health fitness business services among working-age people in Bangkok, Thailand. Additionally, the study aimed to examine the influence of service quality factors on the decision to use health fitness business services among working-age people in Bangkok, Thailand. The sample size total of 500 respondents. The research instrument used for data collection was a questionnaire. The research instrument used for data collection was a questionnaire. Data were analyzed by Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Multiple Regression

The results revealed that all five dimensions of service quality tangibles, reliability, responsiveness, assurance, and empathy significantly influenced the decision to use health fitness business services among working-age people in Bangkok, Thailand at the 0.05 level of significance. Among these factors, assurance had the strongest influence, followed by reliability, tangibles, empathy, and responsiveness, respectively.

Keywords: Decision making, Service quality, Health fitness business

[1] สาขาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม E mail: Oranit.sa@spu.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันกระแสการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มคนวัยทำงานที่ต้องเผชิญกับภาวะความเครียดจากการทำงานการใช้ชีวิตที่เร่งรีบและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การนั่งทำงานเป็นเวลานาน การขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล ส่งผลให้คนวัยทำงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคเบาหวานซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิตของประชากรวัยทำงาน ดังนั้นการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของคนวัยทำงานให้ดีขึ้น[1] นอกจากนี้ แนวโน้มการเติบโตของธุรกิจเพื่อสุขภาพในประเทศไทยยังมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานของ Global Wellness Institute ระบุว่ามูลค่าตลาดสุขภาพและเวลเนสของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 38.8 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2023 เป็น 42.7 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2024 และมีอัตราการเติบโตประมาณร้อยละ 10.1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริโภคในประเทศไทยให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้นและส่งผลให้ธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพมีแนวโน้มเติบโตตามไปด้วย[1] ในขณะเดียวกันแนวโน้มการออกกำลังกายของคนไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากศูนย์วิจัยกสิกรไทยระบุว่าคนไทยที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.4 ในปี 2024 และคาดว่ารายได้ธุรกิจฟิตเนสในปี 2025 จะเติบโตประมาณร้อยละ 18 มูลค่ากว่า 12,000 ล้านบาท โดยรายได้ของธุรกิจฟิตเนสกว่า 80% กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนมากและมีกำลังซื้อสูง[2] ขึ้นส่งผลให้ธุรกิจฟิตเนสมีการพัฒนารูปแบบบริการที่หลากหลาย เช่น ฟิตเนสเฉพาะทาง โปรแกรมออกกำลังกายแบบเฉพาะบุคคล คลาสออกกำลังกายแบบกลุ่ม และบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวทำให้ผู้บริโภคมีทางเลือกมากขึ้น และส่งผลให้การแข่งขันในธุรกิจฟิตเนสเพิ่มสูงขึ้น[3] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพจะมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง แต่พฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการของคนวัยทำงานยังมีความแตกต่างกัน เช่น ด้านราคา ทำเลที่ตั้ง คุณภาพบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก และการส่งเสริมการตลาด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการของผู้บริโภค โดยการศึกษาของ Chaiprasit et al[4] พบว่าปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดและคุณภาพการบริการมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการฟิตเนสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านต่าง ๆ มีความสำคัญต่อการตัดสินใจใช้บริการฟิตเนสของผู้บริโภค

ดังนั้นการศึกษาวิจัยเรื่อง อิทธิพลของคุณภาพการให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ประกอบการธุรกิจฟิตเนสสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาดและพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้ตรงกับความต้องการของผู้บริโภคมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และส่งผลดีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาวต่อไป**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ และปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่องอิทธิพลของคุณภาพการให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประเทศไทย ครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งมุ่งเน้นการสำรวจสอบถามเฉพาะ ผู้บริโภคที่เป็นคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริโภคที่เป็นคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหากลุ่มตัวอย่างเมื่อไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่ชัด ของ Taro Yamane[5] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 500 คน และการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถาม ออกเป็น 3 ส่วน
โดยแบบสอบถามเป็นแบบคัดกรอง โดยข้อคำถามแรก จะถามว่า ท่านใช้บริการฟิตเนสเพื่อสุขภาพเป็นประจำหรือไม่ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “ไม่” ผู้ตอบแบบสอบถามท่านนั้น ก็ไม่ต้องทำแบบสอบถามข้อต่อไป หากถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า “ใช่” ผู้ตอบแบบสอบถามท่านนั้น ต้องทำแบบสอบถามข้อต่อไป

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพการให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจ และความเอาใจใส่ลูกค้า มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของ Likert ได้แก่ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยอย่างมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของ Likert ได้แก่ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยอย่างมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ[6] และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ส่วนที่มีค่าน้อยกว่า 0.6 ให้ตัดทิ้งไป แต่หากต้องการนำมาใช้จะต้องดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญ[6] ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.82 สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับพนักงาน ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α – Coefficient) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.73 ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานส่วน

บุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือน

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

3.ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ในการวิจัยเรื่องอิทธิพลของคุณภาพการให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ และปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 280 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0

ด้านอายุ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–39 ปี จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 20–29 ปี จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 ช่วงอายุ 40–49 ปี จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 และช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ

ด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมาเป็นสมรส จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 และหย่าร้างหรือหม้าย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0

ด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโท จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 และระดับปริญญาเอก จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ 25,001–35,000 บาท จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงมาเป็นรายได้ 15,001–25,000 บาท จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 รายได้ 35,001–45,000 บาท จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 และรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท และมากกว่า 45,000 บาท มีจำนวนเท่ากัน คือ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.49 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการให้ความมั่นใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.22 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55 อยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านความเอาใจใส่ลูกค้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61 อยู่ในระดับมาก และด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยต่ำ

ที่สุด เท่ากับ 4.05 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66 แต่อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

จากผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการทุกด้านในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการให้ความมั่นใจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ใช้บริการให้ความสำคัญกับความเชี่ยวชาญของผู้ฝึกสอน ความปลอดภัยในการใช้บริการ และความน่าเชื่อถือของธุรกิจฟิตเนสเป็นสำคัญ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ พบว่า ปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมหลังการซื้อ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.18 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การประเมินทางเลือก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 อยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ การค้นหาข้อมูล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.60 อยู่ในระดับมาก และการตัดสินใจซื้อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 4.08 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.65 แต่อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับกระบวนการตัดสินใจเลือกใช้บริการธุรกิจฟิตเนสทุกขั้นตอน โดยเฉพาะพฤติกรรมหลังการซื้อ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ใช้บริการให้ความสำคัญกับความพึงพอใจหลังการใช้บริการ และมีแนวโน้มกลับมาใช้บริการซ้ำ รวมถึงแนะนำบริการให้ผู้อื่นต่อไป

2. ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)ของอิทธิพลของคุณภาพการให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ	B	Std. Error	Beta	t	p - value
(Constant)	0.845	0.142	-	5.951	0.000*
ความเป็นรูปธรรมของบริการ	0.182	0.041	0.196	4.439	0.000*
ความน่าเชื่อถือ	0.215	0.038	0.241	5.658	0.000*
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	0.134	0.036	0.156	3.722	0.000*
การให้ความมั่นใจ	0.268	0.039	0.305	6.872	0.000*
ความเอาใจใส่ลูกค้า	0.149	0.037	0.168	4.027	0.000*

R=0.78 R^2=0.61 AdjustedR^2=0.606 StdError of Estimate = 0.412 F = 153.482 p - value = 0.000*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจ และความเอาใจใส่ลูกค้า มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig. < 0.05)โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ด้านการให้ความมั่นใจ (Beta = 0.305) รองลงมา คือ ด้านความน่าเชื่อถือ

(Beta = 0.241) ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Beta = 0.196) ด้านความเอาใจใส่ลูกค้า (Beta = 0.168) และด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Beta = 0.156) ตามลำดับ นอกจากนี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.781 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสในระดับสูง และค่าการอธิบายความแปรปรวน (R^2) เท่ากับ 0.610 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการทั้ง 5 ด้าน สามารถอธิบายการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ได้ร้อยละ 61.0 ส่วนอีกร้อยละ 39.0 เกิดจากปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ สามารถเขียนสมการถดถอยพหุคูณ ได้ดังนี้

$$Y = 0.845 + 0.182(X_1) + 0.215(X_2) + 0.134(X_3) + 0.268(X_4) + 0.149(X_5)$$

โดยที่

Y = การตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ

X_1 = ความเป็นรูปธรรมของบริการ

X_2 = ความน่าเชื่อถือ

X_3 = การตอบสนองต่อผู้รับบริการ

X_4 = การให้ความมั่นใจ

X_5 = ความเอาใจใส่ลูกค้า

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า จากผลการวิจัยเรื่องอิทธิพลของคุณภาพการให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการโดยรวมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามองค์ประกอบของคุณภาพการให้บริการทั้ง 5 ด้าน ได้ดังนี้ ประการแรก ด้านการให้ความมั่นใจ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ใช้บริการฟิตเนสให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ความเชี่ยวชาญของเทรนเนอร์ และความน่าเชื่อถือของสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนุช สุขสวัสดิ์ และอรทัย บุญเลิศ[7] ที่พบว่า การให้ความสำคัญกับลูกค้าเป็นรายบุคคล และการให้คำแนะนำที่เหมาะสม มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen และ Nguyen[8] ที่พบว่า ความมั่นใจในคุณภาพบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเลือกใช้บริการธุรกิจด้านสุขภาพและฟิตเนส ประการที่สอง ด้านความน่าเชื่อถือ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ใช้บริการต้องการสถานบริการที่สามารถให้บริการได้อย่างสม่ำเสมอและตรงตามความคาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา พงศ์พิทักษ์ และกมลชนก ศรีสวัสดิ์[9] ที่พบว่าความน่าเชื่อถือของสถานบริการมีผลต่อความพึงพอใจและการตัดสินใจเลือกใช้บริการฟิตเนสอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และ Kim[10] ที่พบว่าความน่าเชื่อถือเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกใช้บริการฟิตเนสของผู้บริโภค ประการที่สาม ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ พบว่ามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ใช้บริการให้ความสำคัญกับสถานที่ อุปกรณ์ และความสะอาดของฟิตเนส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรัญญา ศรีทอง และธนกฤต พูลสวัสดิ์[11] ที่พบว่าปัจจัยด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและสภาพแวดล้อมของฟิตเนสมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการของลูกค้า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Prasad et al.[3] ที่พบว่าสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ของฟิตเนสมีผลต่อความพึงพอใจและการกลับมาใช้บริการซ้ำ ประการที่สี่ ด้านความเอาใจใส่ลูกค้า พบว่ามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ใช้บริการต้องการการดูแลแบบเฉพาะบุคคลและการให้คำแนะนำที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร จันทร์ศิริ และณัฐพล วิริยะกุล[12] ที่พบว่า สิ่ง

อำนวยความสะดวกและสภาพแวดล้อมของฟิตเนสมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการของลูกค้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ali et al.[13] ที่พบว่าการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจด้านสุขภาพและฟิตเนส ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการของธุรกิจฟิตเนสเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพ เช่น ภาพลักษณ์แบรนด์ การรับรู้คุณค่า การตลาดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หรือความภักดีของลูกค้า เพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ควรขยายขอบเขตการศึกษากลุ่มตัวอย่างไปยังพื้นที่อื่น เช่น ปริมณฑล หรือจังหวัดหัวเมืองใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการตัดสินใจใช้บริการฟิตเนสในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน

3. การวิจัยในอนาคตอาจใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมและความต้องการของผู้ใช้บริการมากขึ้น

4. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่ม เช่น คนวัยทำงานที่ใช้บริการฟิตเนสเป็นประจำ ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการฟิตเนส หรือกลุ่มคนที่ออกกำลังกายที่บ้าน เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการตัดสินใจใช้บริการ

5. การวิจัยในอนาคตควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการให้บริการกับตัวแปรอื่น เช่น ความพึงพอใจ ความภักดีของลูกค้า หรือความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำ เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ทางธุรกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Global Wellness Institute. (2026). *Thailand's fast-growing wellness market*. https://globalwellnessinstitute.org
2. Kasikorn Research Center. (2025). *Fitness business projected to grow by 18% YoY in revenue*. https://www.kasikornresearch.com
3. Prasad, K., Sharma, R., & Singh, A. (2022). Impact of service quality on customer satisfaction in health and fitness centers. *Journal of Service Management*, 33(2), 150–165.
4. Chaiprasit, T., Lohakul, S., Srisai, K., Buntuchai, G., & Rattanapracharom, K. (2024). Effects of Health Exercise in the New Normal Lifestyle" *Academic Journal of Thailand National Sports University*, *16*(2), 25-36.
5. Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*.
6. Hambleton, R. K. (1984). *Validating the test scores.* In Berk, R. A., (Ed), *A guide to criterion-referenced test construction* (pp. 199 – 223). The Johns opsins University Press.
7. ปิยะนุช สุขสวัสดิ์, และ อรทัย บุญเลิศ. (2565). คุณภาพการให้บริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของลูกค้าธุรกิจฟิตเนส. *วารสารการจัดการสมัยใหม่*, 13(2), 67–80.
8. Nguyen, P. T., & Nguyen, H. T. (2021). Service quality and customer satisfaction in fitness service industry. *International Journal of Business Research*, 21(2), 45–56.
9. สุพัตรา พงศ์พิทักษ์, และ กมลชนก ศรีสวัสดิ์. (2564). ปัจจัยด้านคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการฟิตเนส. *วารสารบริหารธุรกิจ*, 11(1), 15–29.
10. Kim, M., & Kim, J. (2020). The influence of service quality on customer satisfaction in fitness centers. *Sustainability*, 12(15), 1–12.
11. วรัญญา ศรีทอง, และ ธนกฤต พูลสวัสดิ์. (2565). ความน่าเชื่อถือของบริการที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการฟิตเนส. *วารสารการตลาดและการจัดการ*, 9(2), 40–52.

12. ธนพร จันทร์ศิริ, และ ณัฐพล วิริยะกุล. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการฟิตเนสของผู้บริโภค. *วารสารวิจัยธุรกิจและการตลาด*, 15(1), 23–37.
13. Ali, F., Kim, W. G., & Ryu, K. (2021). The effect of service quality on customer satisfaction and behavioral intentions in fitness centers. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 47, 188–197.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ชุมชนคลองตำหรุ ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Factors associated with behaviors for preventing hyperglycemia among elderly diabetic patients who cannot control their blood sugar levels in Khlong Tamru Community, Mueang District, Chonburi Province.

(Received: April 15,2026 ; Revised: April 21,2026 ; Accepted: April 26,2026)

ณัฐกานต์ ตัวสะอาด[1] สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล[2]
Nadtakarn Tuasaart[1] Supaporn Tantinantrakun[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 103 คน เครื่องมือในการวิจัย แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า เพศ และปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ส่วนปัจจัยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง; ผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงอายุ

Abstract

This study was survey research aimed to examine factors associated with hyperglycemia prevention behaviors among elderly diabetic patients with uncontrolled glycemic levels. A sample of 103 participants was selected using a simple random sampling technique. The research instruments included a personal information interview form, the Health Belief Model questionnaire, and a hyperglycemia prevention behavior assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results revealed that gender and perceived severity were significantly and positively correlated with health behaviors at the $p < .01$ level. Additionally, fasting blood sugar (FBS) levels, duration of diabetes, presence of complications, and perceived benefits showed significant positive correlations with health behaviors at the $p < .05$ level.

Keyword: Health Belief Model: Hyperglycemia Prevention Behaviors: Elderly Diabetic Patients: Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป แต่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุซึ่งอาจถูกวินิจฉัยตั้งแต่วัยกลางคน ความชุกโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 23[1] ใน ปี พ.ศ 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และ

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา Corresponding author: Supaporn Tantinantrakun E-mail: supaporn.ta@skru.ac.th

คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ภายใน ปี 2573[2] และพบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ 2566-2564 จำนวน 427,510 คน 206,376 คน และ 233,802 คน ตามลำดับ ในทำนองเดียวกันจังหวัดชลบุรี พบผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ปี พ.ศ 2566-2564 จำนวน 87,380 คน 40,099 คน และ 41,408 คน ตามลำดับ[3] ชุมชนคลองตำหรุเป็นชุมชนหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พบผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ปี พ.ศ 2566-2564 จำนวน 370, 350 และ 338 ตามลำดับ และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 140, 133 และ 102 ตามลำดับ[4] จากสถิติข้างต้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีอัตราการเพิ่มขึ้นเป็นคู่ขนานไปในทิศทางเดียวกันกับปี พ.ศ ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มตาม อายุและความเสื่อมถอยของร่างกาย เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ[5]

จากการทบทวนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นอันตรายของโรคเบาหวาน คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา และโรคหลอดเลือดสมองได้[6] และในระยะเวลานานๆ จะนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็ง (arthrosclerosis) ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา ซึ่งแนวทางการรักษาคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ด้านอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียดและพฤติกรรมการรับประทานยา[5]

ปัจจุบันนี้มีผู้สนใจ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวานอย่างกว้างขวาง ส่วนมากจะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ใหญ่ช่วงอายุ 35-59 ปี แต่ยังพบจำนวนไม่มากนักในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม จำเป็นจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หลักการที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[7] ซึ่งอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อการตัดสินใจของบุคคลในด้านปัจจัยต่าง ๆ ในการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ประกอบด้วย ด้านอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด และการรับประทานยา การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[7] มาประยุกต์ใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่ มีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อเป็นแนวทางการในการพัฒนาบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่น ๆ ตลอดจนพัฒนาผลงานด้านวิชาการและวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ[7] มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ในช่วงเดือน สิงหาคมถึงกันยายน 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ย้อนหลัง 3 เดือน มากกว่า 240 mg/dL มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 ถึงตุลาคม 2567 จำนวน 140 คน[4]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ย้อนหลัง 3 เดือน มากกว่า 240 mg/dL โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก จากนั้นเปิดตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จำนวน 103 คน[8]

เกณฑ์การคัดเข้า คือ กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่อยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่าง ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ และมีอาการผิดปกติขณะตอบแบบสัมภาษณ์ เช่น เหงื่อออกตัวเย็น มือสั่น ใจสั่น มึนงง สับสน แขนขาไม่มีแรง ชักและหมดสติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระยะเวลาในการป่วยโรคเบาหวาน วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน 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 การแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 อยู่ในระดับน้อย[9]

ชุดที่ 3 พฤติกรรมการป้องกัน ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านความเครียดและด้านรับประทานยา ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scales) 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 13 ข้อ การแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 อยู่ใน ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 อยู่ในระดับไม่ดี[9]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ชุด มีค่าดัชนีความตรง ของเนื้อหา 0.67-1.00 การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราสวนประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค[10]วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

0.886, 0.914, 0.757, 0.708, 0.755, 0.703, 0.900 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแนะนำตัวบอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 20-25 นาที โดยให้อิสระการซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมตามความสมัครใจ ถ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ “ลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติจะไม่มีผลกระทบใด ๆ” ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน[11] การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ[12] ดังนี้

การแปลผลค่า r = 0.81-1.00, 0.51-0.80, 0.21-0.50 และ 0.00-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ระดับสูง ระดับปานกลาง และ ระดับต่ำมาก ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ท กรุงเทพ เลขที่ NS 16/2568 (2.2) ลงวันที่10 สิงหาคม 2568 สิ้นสุดวันที่ 9 สิงหาคม 2569

ผลการศึกษา

1.ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์รวม 103 คน ส่วนมากเพศหญิง ร้อยละ 56.30 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 76.79 การศึกษาส่วนมากปฐมศึกษา ร้อยละ 57.30 อาชีพส่วนมากอาชีพค้าขาย ร้อยละ 59.22 รายได้ส่วนมาก 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 38.83 สถานภาพสมรสส่วนมาก เป็นหม้าย ร้อยละ 44.66 ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนมากญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60.19 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ส่วนมากอยู่ช่วง 240-280 mg/dl ร้อยละ 76.69 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนมากระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.01 การรักษาในปัจจุบัน ส่วนมากรักษาด้วยยารับประทาน ร้อยละ 96.11 ภาวะแทรกซ้อน ส่วนมากพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 61.20

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง ความเชื่อมั่นในตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับปานกลาง วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านความเครียดและด้านรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกัน ($p < 0.01$) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระยะ เวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกัน ($p < 0.05$)

ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน ($p < 0.05$) และการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน ($p < 0.01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (n =103)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกัน		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
สถานภาพสมรส	0.435	0.780	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	0.418	0.081	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ต่อเดือน	0,408	0.082	ไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน	0.423	0.082	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS)	0.276**	0.005	ระดับต่ำ
ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน	0.275**	0.005	ระดับต่ำ
วิธีการรักษา	0.434	0.083	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะแทรกซ้อน	0.402**	0.000	ระดับต่ำ
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			
การรับรู้ประโยชน์	0.256**	0.009	ระดับต่ำ
การรับรู้อุปสรรค	-0.087	0.038	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรง	0.226*	0.022	ระดับต่ำ
ความเชื่อมั่นในตนเอง	-.179	.472	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-.111	.894	ไม่มีความสัมพันธ์
สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม	-.060	.549	ไม่มีความสัมพันธ์

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี อภิปรายผล ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกัน อภิปรายได้ว่า เพศหญิงมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าเพศชาย ผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับการสนับสนุนและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีคู่และผู้ที่มีโรคร่วม จะให้ความสำคัญกับการควบคุมโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ[13] ที่พบว่าเพศหญิงมีการตระหนักรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ที่ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ (Health Belief Model: HBM)[14] ว่าด้วยปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยนอกเหนือจากองค์ประกอบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ การศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า เพศและภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[15,16] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[17]

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกัน สอดคล้องกันแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[14] ที่ว่าด้วยการรับรู้ประโยชน์ คือ ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพอใจหรือความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง เป็นต้น อภิปรายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความคิดและความเชื่อว่า การปฏิบัติที่ดีมีประโยชน์ นำมาถึงการลดความรุนแรง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของโรคเบาหวานนั้นได้ เช่น ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข เพื่อลดความรุนแรงของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านความเครียด และด้านการรับประทานยา ว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง ในการรักษาและป้องกันโรค สิ่งที่ตามมา คือ กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$[16, 18]

การรับรู้ความรุนแรง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกัน สอดคล้องกันแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[14] ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค เช่น โรคนั้นรักษานานทำให้ชีวิตลำบาก มีผลต่อรายได้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจทำให้พิการหรือตายก่อนวัยอันควร แม้บุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากไม่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงมาก จนวิตกกังวลเกินไปอาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ อภิปรายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรุนแรงของโรค ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนของโรค ยังมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ทางสังคมอีกด้วย ในทางตรงข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนลดลงหรือคงที่ นำมาในการมีอายุยืนยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ [15,16,19]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี นำผลการวิจัยมาพัฒนาในการส่งเสริมและการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้านความรุนแรงของโรค และประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ด้านออกกำลังกาย ด้านความเครียดและด้านการรับประทานยา ด้วยวิธีการประชาสัมพันธ์ การสอนสุขศึกษารายเดี่ยวและรายกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. Soe K, Sacerdote A, Karam J, Bahtiyar G.(2011). Management of type 2 diabetes mellitus in the elderly. Maturitas. 2011:70(2):151-9.
2. International Diabetes Federation.(2021). IDF diabetes atlas (10thed.). 2021. Retrieved from [Internet]. [cited 2025 Aug 24]. Available from: https://www.diabetesatlas.org.
3. กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เนต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล. https://cbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ.(2567). ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน. 2567.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
6. American Diabetes Association.(2022). Standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care, 45(Supplement 1), [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 20]; 45(1): S1–S264.Available from: https://diabetesjournals.org/care/issue/45/Supplement_1.
7. Becker, M. H.(1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs:1974: 2(4), 324-508. [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407
8. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Journal of Educational and Psychological Measurement: 1970: 30(3):607-10.
9. Best, JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall: 1977.
10. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika.1951: 16(3):297-334.
11. ชูศรี วงศ์รัตนะ.(2550). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. 2550.นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์โปรแกรสซิฟ
12. Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G.(1998). Applied statistics for behavioral sciences (4th ed.). Rand McNally College Publishing: 1998
13. Babazadeh, T., Lotfi, Y., & Ranjbaran, S.(2023). Predictors of self-care behaviors and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. Frontiers in Public Health: 2023:10(1). doi:10.3389/fpubh.2022.1031655.
14. Janz, N. K., & Becker, M. H.(1984). The health belief model: A decade later. Health Education Quarterly: 1984:11(1), 1-47.
15. สุวิพรรณ มาปู่. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี.The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi 2565: 8(1):102-16.
16. เลิศวิทย์ เหลือผล.(2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถ อ.อาจสามารถ จ.ดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2567: 9(1):455-66.
17. นพวรรณ แก้วแดง.(2568). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ต.ตาลเดี่ยว อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2568: 35(2): 44-56.
18. มัตนา ภูมิโคกรักษ์, ขวัญชนก สุวรรณ และพรทิพย์ แก้วชิณ.(2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพรั้ง อ.พระทองคำ จ.นครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2566: 6(1): 121-33.
19. สุพรรษา สุวรรณสิรินนท์และรัฐพล ไกรกลาง.(2566). การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566: 9(3): 135-46.

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชุมพร

Development of promotive care model in anemia pregnant women to receive services at health service place, Chumphon Province.

(Received: April 16,2026 ; Revised: April 21,2026 ; Accepted: April 23,2026)

รุ่งนภา สวัสดิ์ภักดี[1]
Rungnapa Sawatpakdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง รวม 72 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จัดเข้ากลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนา แบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 เดือนกรกฎาคม 2568 ครั้งที่ 2 เดือนธันวาคม 2568 - มกราคม 2569 และครั้งที่ 3 ในเดือนมกราคม 2569 - กุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test, Paired sample t-test, and Independent t-test

ผลการวิจัย : รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) ตรวจ คัดกรองและวินิจฉัยตั้งแต่แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ 2) รักษาพยาบาล 3) ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4) ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่บ้าน 5) ติดตามการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และ 6) ประเมินภาวะโลหิตจาง ผลของการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือด มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value $\leq$ 0.01) ทั้งนี้ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางหญิงตั้งครรภ์ในระดับมาก ร้อยละ 80.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 19.4

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์, รูปแบบส่งเสริม, การดูแล, ภาวะโลหิตจาง

Abstract

The objective of this action research was to develop and study the effectiveness of promotive care model in anemia pregnant women, and study the satisfaction with the promotive care model in anemia pregnant women. The sample group consisted of 72 people. Participants were selected according to the inclusion criteria. 36 people were assigned to an experimental group and 36 people to a comparison group. The research instruments included focus group discussion guidelines, the newly promotive care model in anemia pregnant women, questionnaires and health record forms. Data were collected first time in July 2025, the second time during December 2025 to January 2026, and the third time during January 2026 - February 2026. Data analysis employed descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, Paired sample t-test, and Independent t-test.

Results: The newly promotive care model in anemia pregnant women consists of 6 components: 1) Screening and diagnosis from the very first day received prenatal care, 2) Medical treatment, 3) Educate and change self-care behavior, 4) Promote home practices, 5) Monitoring the behavior of pregnant women and 6) Assess anemia. The results of using the newly promotive care model in anemia pregnant women found that, after the experiment, the experimental group had increased knowledge about iron-deficiency anemia, self-care behaviors reduced anemia and hematocrit levels more than before the experiment and more than the comparison group with statistical significance (p-value $\leq$ 0.01). However, the experimental group had a high level of satisfaction at 80.6% with the newly promotive care model in anemia pregnant women, while 19.4% had a moderate level of satisfaction.

Keywords: pregnant women, promotive model, care, anemia

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก จากรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกมีภาวะโรคโลหิตจางร้อยละ 40 ของการตั้งครรภ์[1] และจะมีการเสียชีวิตของมารดาถึง ร้อยละ 20[2] สำหรับประเทศไทย พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.45 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 30.89 ในปี 2566[3] ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก ถือเอาที่ระดับ Hb ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร หรือมีระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ต่ำกว่าร้อยละ 33 ถือว่าเป็นภาวะโลหิตจาง[4] เป้าหมายการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางไม่เกิน ร้อยละ 14.0 ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพและให้คำแนะนำ ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์[5]

หญิงตั้งครรภ์จัดเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคโลหิตจาง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ประกอบกับร่างกายมีความต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางตลอดการตั้งครรภ์ จะคลอดทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อย[6] มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง และเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 1.29 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง[7] การเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหาร ไม่เพียงพอทำให้ร่างกาย ขาดธาตุเหล็กในวัยเจริญพันธุ์ เมื่อตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางก็จะเป็นมากขึ้น[8] หรือมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเลือด หรือเกิดการเสียเลือดเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น การพบพยาธิปากขอ และการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร[9] การขาดสารอาหารจากธาตุเหล็กและกรดโฟลิก แต่สาเหตุที่พบบ่อย เกิดจากขณะตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น และหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่ต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารจานด่วน ขนมปังหรือขนมกรุบกรอบแทนอาหารมื้อหลัก[10] ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ ตับ รับประทานผักไม่ครบทุกมื้อ เลือกเวลาดื่มนมไม่เหมาะสม รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กพร้อมนม หรือรับประทานหลังอาหารทันที และรับประทานไม่สม่ำเสมอ ทุกวัน รวมถึงเมื่อรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก จึงไม่รับประทานยาและไม่รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ เพราะกลัวท้องใหญ่ คลอดยาก และกลัวว่าภายหลังคลอดน้ำหนักตัวจะไม่ลด[2]

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ผลกระทบของมารดา คือ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ[11] รกเสื่อม รกลอกตัวก่อนกำหนด การทนต่อการสูญเสียเลือดก่อนและระหว่างคลอดได้น้อย เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เกิดภาวะติดเชื้อและที่สำคัญคือเสี่ยงต่อภาวะแท้ง[12] ผลกระทบของทารก คือ น้ำหนักแรกคลอดน้อย การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด[13,14] เกิดอาการตัวเหลือง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย[15] การป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์คือ การส่งเสริมให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และการส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง[16] ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก[17] แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กทุกราย ประมาณวันละ 30-60 มิลลิกรัม กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายแนวทางการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์จะต้องได้รับกรด โฟลิก (Folic acid supplement) ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อวันในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ และ Triferdine ขนาด 150 มิลลิกรัม ที่มีธาตุเหล็กในปริมาณ 60.81 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด ตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และในกรณีการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็ก 200 มิลลิกรัมต่อวัน โดยแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง

ทุกวัน และตรวจติดตาม จากนั้นลดขนาดลงเป็น 60 มิลลิกรัมต่อวัน[18]

จังหวัดชุมพร มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 จำนวน 4,090, 4,052 และ 3,777 คน ตามลำดับ เมื่อเจาะเลือดตรวจภาวะซีดครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์ พบภาวะซีด (ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 33) ร้อยละ 28.9, 28.7 และ 29.8 ตามลำดับ หญิงคลอดที่ได้รับการตรวจคัดกรองและมีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 31.4 (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 14) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 78.2 (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 90) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม เท่ากับ 7.8 (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ)[19] ซึ่งปัญหาภาวะซีด และผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้ เป็นเรื่องที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรได้ให้ความสำคัญและดำเนินการแก้ไข เพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับหญิงตั้งครรภ์และบุตร ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ ในจังหวัดชุมพร จึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบและผลการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ที่สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร เพื่อพิจารณานำรูปแบบดังกล่าวนี้ไปดำเนินการให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์และทารก รวมทั้งส่งผลให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชุมพร

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชุมพร

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชุมพร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดชุมพร ได้ดำเนินการตามหลักการ PAOR 4 ขั้นตอน ตามทฤษฎีของ Kermis & McTaggart[20] คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยดำเนินการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และกำหนดแนวทางการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง เป็นการสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ในการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลท่าแซะ และโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และของ รพ.สต. 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ท่ายาง รพ.สต.หงษ์เจริญ รพ.สต.ชุมโค และ รพ.สต.นาขา ซึ่งบุคลากรจากสถานบริการดังกล่าว ประกอบด้วย นายแพทย์ 1 คน / โรงพยาบาล พยาบาลผู้รับผิดชอบเรื่องการฝากครรภ์และการคลอด 2 คน/โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบดูแลรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ 2 คน/รพ.สต. นอกจากนี้ยังเป็นเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ที่ขับเคลื่อนและส่งเสริม

การการฝากครรภ์และการคลอด จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 19 คน

2. ยินดีร่วมมือในการดำเนินการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ติดภารกิจ ไม่สามารถอยู่ร่วมการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ การดำเนินการที่ผ่านมา และปัญหาอุปสรรค กำหนดแนวทางและประเด็นหลักในการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

การดำเนินการ ดำเนินการประชุมกลุ่ม (Focus Group) 2 กลุ่ม ในวันที่ 12 เดือนมิถุนายน 2568 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร เพื่อค้นหาปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ การดำเนินการที่ผ่านมา และปัญหาอุปสรรค กำหนดแนวทางและประเด็นหลักในการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยนำแนวทางที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จากแนวทาง ที่กำหนด โดยบุคลากรการแพทย์ชุดเดียวกับการวางแผนในขั้นตอนที่ 1 และนำรูปแบบดังกล่าวให้แพทย์ และพยาบาล ผู้มีประสบการณ์ในการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของรูปแบบ วิธีการและขั้นตอนในการดำเนินการตามรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) ผู้วิจัยดำเนินการนำรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไปใช้ และประเมินรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น โดยศึกษาผลของรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารักษาที่สถานบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล ได้แก่ 1.โรงพยาบาลสวี 2.โรงพยาบาลท่าแซะ และ 3. โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และ รพ.สต. ได้แก่ 1.รพ.สต.ท่ายาง 2.รพ.สต.หงษ์เจริญ 3.รพ.สต.ชุมโค และ 4.รพ.สต.นาขา

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.90 ระดับ significance 0.05 ขนาดอิทธิพล 0.45[21] โดยใช้โปรแกรม GPower version 3.1.9.4 ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง กลุ่มทดลองจากโรงพยาบาล จำนวน 18 คน และ รพ.สต. จำนวน 18 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จากโรงพยาบาล จำนวน 18 คน และ รพ.สต. จำนวน 18 คน

การเลือกตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์คนไทยที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีอายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ได้แก่ 1. โรงพยาบาลสวี 2. โรงพยาบาลท่าแซะ 3. โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และ รพ.สต.ได้แก่ 1. รพ.สต.ท่ายาง 2. รพ.สต.หงษ์เจริญ 3. รพ.สต.ชุมโค และ 4. รพ.สต.นาขา

2. มีภาวะโลหิตจาง โดยมีความเข้มข้นของเลือด (Hematrocrit: Hct) น้อยกว่าร้อยละ 33 และหรือ Hemoglobin ต่ำกว่าร้อยละ 11 กรัมต่อเดซิลิตร

3. ไม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือโรคเลือดต่างๆ

4.มีและใช้ Smart phone ผ่านระบบ Line ในการติดต่อสื่อสาร

5. ยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนด้านอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2. ตรวจพบโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ เช่น มีภาวะแท้ง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) ตั้งครรภ์ทารกแฝดติดสารเสพติด โลหิตจางจากพยาธิปากขอ

3. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนา / แบบเดิม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ดังนี้

2.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถาม ให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-15 คะแนน

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองจากภาวะโลหิตจางในการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ[22] โดยข้อคำถามเชิงบวก ถ้าปฏิบัติทุกวัน/ทุกครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน และปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนที่ตรงกันข้าม ทำการกลับคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-36 คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

ความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ[22] คือ มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-39 คะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

แบ่งระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ออกเป็น 3 ระดับ โดยการอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Bloom[23] คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ค่าคะแนนระหว่าง 0 – 22 คะแนน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนนระหว่าง 23 – 30 คะแนน ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนนระหว่าง 31 – 39 คะแนน

2.2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวนครั้งการแท้งบุตร อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก การตั้งครรภ์ครั้งนี้ห่างจากการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา (ใช้บันทึกก่อนการดำเนินการ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) และความเข้มข้นของเลือด (ใช้บันทึกก่อน และหลังการดำเนินการ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดให้เลือกตอบหรือเติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 7 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าว ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการวิจัย ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวจะพิจารณาใช้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของมาตรวัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-20) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก = 0.91 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองจากภาวะโลหิตจางในการขาดธาตุเหล็ก =

0.82 และแบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ = 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ในเดือนกรกฎาคม 2568 ครั้งที่ 2 ภายหลังการดำเนินการเมื่ออายุครรภ์สัปดาห์ 30 ถึง 32 ในเดือนธันวาคม 2568 - มกราคม 2569 และครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลภายหลัง 1 เดือน ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2569) ในกรณีที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังมีภาวะซีด (ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test และ Paired simple t-test

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาล และ รพ.สต. มาวิเคราะห์กระบวนการและการนำไปใช้ รวมทั้งประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้น และสรุปแล้วนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพร เพื่อให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ พร้อมปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมและเป็นไปได้ เพื่อพิจารณาใช้และขยายผลที่ได้พัฒนาขึ้น ให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์พิจารณา และได้ผ่านการรับรองตามหนังสือเลขที่ 065/2568 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2568 และได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการดังนี้ (ใช้สำหรับกลุ่มทดลอง)

1. ตรวจคัดกรองและวินิจฉัย ตั้งแต่แรกที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ โดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่ทำหน้าที่รับฝากครรภ์ โดยการ

- ตรวจร่างกายตรวจเยื่อบุตาขาว
- ส่งตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการมาฝากครรภ์ครั้งแรก (Lab1)
- ส่งตรวจหาภาวะโลหิตจางจาก ธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ผลเลือดผิดปกติที่มีภาวะซีด
- ส่งตรวจหาพยาธิในอุจจาระ

2. ให้การรักษาพยาบาล โดยแพทย์

- แจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงผลการตรวจคัดกรอง และให้การรักษาพยาบาล
- กรณีไม่พบภาวะซีด ให้ยา Triferdine ขนาดวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็น ตลอดการตั้งครรภ์
- กรณีพบภาวะซีด

Hct < 33.0 - 30.0% ให้ยา Ferrous fumarate 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

Hct 29.9 – 28.0% ให้ยา Ferrous fumarate 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และเย็น

Hct < 28.0% ให้ยา Ferrous fumarate 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เที่ยง และเย็น

- ติดตามผล CBC หลังให้ยา 1 เดือนถัดไป และตรวจประเมินผลซ้ำในการตรวจเลือดครั้งที่สอง 30-32 สัปดาห์ และถ้าผล Lab2 ยังมีภาวะซีด ตามอีก 4 สัปดาห์หลังได้รับยา
- กลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคธาลัสซีเมียพบแพทย์ดูแลใกล้ชิด

3. ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่รับฝากครรภ์เป็นรายบุคคล / รายกลุ่มตามความเหมาะสม

3.1 ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง หญิงตั้งครรภ์จะทราบถึงสาเหตุภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนที่เหมาะสม การใช้ยาเสริม และให้กำลังใจให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตัวเอง ซึ่งจะช่วยให้การตั้งครรภ์และการคลอดปลอดภัย

3.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง โดยการให้คำแนะนำ และให้ปฏิบัติตัวที่บ้าน ด้วยการ

- การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก
- การรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก
- การงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก
- การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
- การป้องกันภาวะโลหิตจาง
- ให้ครอบครัวช่วยดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสม และกำกับให้รับประทานอาหารให้ถูกต้อง และรับประทานยาให้ครบ
- ให้คำแนะนำ และส่งเสริม การล้างมือ การปรุงอาหารสะอาดสุกใหม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิในลำไส้

4. ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่บ้าน

- ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ดำเนินการดูแลตนเองที่บ้าน ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ในเรื่องการรับประทานยา และการรับประทานอาหาร
- ให้ครอบครัวช่วยดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสม และกำกับให้รับประทานอาหารให้ถูกต้อง และรับประทานยาให้ครบ
- หญิงตั้งครรภ์ดำเนินการล้างมือให้สะอาดอยู่เป็นประจำ ปรุง/รับประทานอาหารสะอาดสุกใหม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิในลำไส้

5. ติดตามการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์

- ให้หญิงตั้งครรภ์สมัครเข้ากลุ่ม Line กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยให้หญิงตั้งครรภ์ สแกน QR Code หรือกด Add Friend LINE และกรอกข้อมูล (ชื่อ อายุครรภ์ ประวัติโลหิตจาง น้ำหนัก ส่วนสูง ฯลฯ)
- ติดตาม สอบถามถึงการปฏิบัติตัว และให้คำแนะนำเพิ่มเติมหากยังไม่ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยการสอบถามอย่างน้อยเดือนละครั้ง พร้อมให้กำลังใจให้เกิดการปฏิบัติ
- ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการพูดคุยผ่าน Line application
- ส่งข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง หรือคลิปวิดีโอเกี่ยวกับวิธีดูแลตนเอง เพื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ
- ส่งเสียงเตือนผ่านระบบ Line ให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก เวลา 9.00 น. ในแต่ละวัน และเมื่อรับประทานยาแล้วให้กด OK ตอบกลับ

6. ประเมินภาวะโลหิตจาง

- แจ้งเตือนวันนัดตรวจสุขภาพผ่านระบบ Line ก่อนวันนัดหมาย 2 วัน
- ตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct) เพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา ในช่วงสัปดาห์ 30 ถึง 32 และติดตามภาวะซีดซ้ำจากเลือด CBC ในรายที่ Lab2 ยังมีภาวะซีด ใน 4 สัปดาห์ต่อมา
- กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีความเข้มข้นของเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 33) ให้ค้นหาปัญหาถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรม ที่ถูกต้องแต่ภาวะโลหิตจางไม่ดีขึ้น ให้พบแพทย์เพื่อพิจารณารักษาต่อไป

ส่วนรูปแบบการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แบบเดิม สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้ดำเนินการดังนี้

1. ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาพยาบาลโดยดำเนินการ

- ตรวจร่างกายตรวจเยื่อบุตาขาว
- ส่งตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการมาฝากครรภ์ครั้งแรก (Lab1)
- ส่งตรวจหาภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ผลเลือดผิดปกติที่มีภาวะซีด

2. ให้คำแนะนำการรับประทานยาและการดูแลตนเอง โดยแพทย์ และหรือพยาบาลที่ห้องตรวจ ถึงสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนที่เหมาะสม การใช้ยาเสริม และการรับประทานยา

3. ประเมินภาวะโลหิตจาง

- ตรวจความเข้มข้นของเลือดเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา ในช่วงสัปดาห์ 30 ถึง 32

และติดตามภาวะซีดซ้ำจากเลือด CBC ในรายที่ Lab2 ยังมีภาวะซีด ใน 4 สัปดาห์ต่อมา

- กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีความเข้มข้นของเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 33) ก็ค้นหาปัญหาถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรม ที่ถูกต้องแต่ภาวะโลหิตจางไม่ดีขึ้น ก็ให้พบแพทย์เพื่อพิจารณารักษาต่อไป

2. ประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

1. ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง ในส่วน**ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์** พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 35 ปี ร้อยละ 80.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.7 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 63.9 ในเรื่องอาชีพ พบว่า ช่วยเหลืองานในครอบครัว ร้อยละ 44.4 รองลงมามีอาชีพค้าขาย รับจ้าง และเกษตรกรรม ร้อยละ 22.2, 16.7 และ 16.7 ตามลำดับ ทั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท และ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 27.8 และ 27.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 44.4 มีสิทธิการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 88.9 ส่วนลักษณะการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า เป็นการตั้งครรภ์ที่ 1 ที่ 2 และที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 38.9, 38.9 และ 22.2 ตามลำดับ มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน 1 คน และ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 44.4 และ 11.2 เคยมีการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 11.2 ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน มากกว่า 2 ปี และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี ร้อยละ 36.1 และ 25.0 มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 50.0

กลุ่มเปรียบเทียบ ใน**ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์** พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 35 ปี ร้อยละ 75.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.1 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 55.6 ในเรื่องอาชีพ พบว่า ช่วยเหลืองานในครอบครัว ร้อยละ 50.0 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรรม ร้อยละ 19.4, 16.7 และ 13.9 ตามลำดับ ทั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไปและน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 38.9 และ 11.1 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 50.0 มีสิทธิการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 91.7 ส่วน**ลักษณะการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์** พบว่า เป็นการตั้งครรภ์ที่ 1 ที่ 3 ขึ้นไป และที่ 2 ร้อยละ 44.4, 36.2 และ 19.4 ตามลำดับ มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน 1 คน และ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 30.6 และ 22.2 เคยมีการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 11.2 ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน มากกว่า 2 ปี และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี ร้อยละ 38.9 และ 16.7 มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 44.4

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ในเรื่องอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และลักษณะการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในเรื่องลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน จำนวนครั้งที่แท้งบุตร ระยะเวลาที่ห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05) จึงเหมาะสมต่อการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

2. ประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในการศึกษาได้เปรียบเทียบในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้พัฒนาขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับรูปแบบการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แบบเดิม และก่อนกับหลังการได้รับรูปแบบดังกล่าว พบผลการศึกษา ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และ ความเข้มข้นของเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า **ก่อนการทดลอง** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือด ไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05) ส่วน**หลังการทดลอง** กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจาก การขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≤ 0.010) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 36) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36) ก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	p-value	$\bar{X}$	SD	p-value
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	2.8	3.9	0.136	12.4	1.6	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.6	2.2		8.0	3.2	
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	24.2	4.0	0.132	31.8	3.3	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	22.9	2.7		24.7	3.6	
ความเข้มข้นของเลือด (%)						
กลุ่มทดลอง	29.7	1.3	0.555	33.3	1.4	0.010
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.5	1.5		32.2	2.2	

หมายเหตุ p-value จาก independent t-test

หลังจากการเจาะเลือดเพื่อหาค่าความเข้มข้นของเลือด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง เมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ ยังพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบบางส่วนยังมีค่าความเข้มข้นของเลือด < 33.0% จึงได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับประทานยา Ferrous fumarate ต่อตามแนวทางการรักษาแต่ละกลุ่ม และเจาะเลือดซ้ำใน 1 เดือนต่อมา พบว่า กลุ่มทดลอง มี ความเข้มข้นของเลือดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≤ 0.003) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ความเข้มข้นของเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังอายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ ต่อมาอีก 1 เดือน หลังการทดลอง

หลังการทดลอง			n	$\bar{X}$	SD	p-value
ความเข้มข้นของเลือด (%)						
กลุ่มทดลอง			14	33.5	1.0	0.003
กลุ่มเปรียบเทียบ			20	32.2	1.2	

2.2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือด ก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า **กลุ่มทดลอง** หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วน**กลุ่มเปรียบเทียบ** หลังการทดลองก็มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือด ก่อน (n = 36) กับหลังการทดลอง (n = 36) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
	$\bar{X}$	SD	p-value	$\bar{X}$	SD	p-value
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	2.8	3.9	< 0.001	1.6	2.2	< 0.001
หลังการทดลอง	12.4	1.6		8.0	3.2	
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	24.2	4.0	<0.001	22.9	2.7	< 0.001
หลังการทดลอง	31.8	3.3		24.7	3.6	
ความเข้มข้นของเลือด (%)						
ก่อนการทดลอง	29.7	1.3	<0.001	29.5	1.5	< 0.001
หลังการทดลอง	33.3	1.4		32.2	2.2	

หมายเหตุ p-value จาก paired sample t test

3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง (หลังการทดลอง) ส่วนใหญ่ มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 80.6 รองลงมามีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.4 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละรายประเด็น พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมาก มากกว่าร้อยละ 60.0 ในหลายประเด็น ยกเว้นในเรื่องการส่งเสริมครอบครัวช่วยดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์ / พยาบาล การลงบันทึกข้อตกลงการแก้ไขภาวะซีดร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผู้ดูแล และการพูดคุยหรือติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านระบบไลน์ มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 58.3, 55.6, 41.7 และ 8.3 ตามลำดับ

4) การวิเคราะห์กระบวนการและการนำไปใช้ รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นนี้ พบว่า ทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดี มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งมี**จุดเด่น** และ**ข้อควรระวังในการนำไปใช้** คือ

จุดเด่น

1. มีการกำหนดประเด็นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางที่ชัดเจนที่จะส่งเสริมในการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้มข้นของเลือดที่ดีขึ้น ตลอดจนผู้ปฏิบัติมีประเด็นในการให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ชัดเจน

2. มีการส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยดูแล และเตือนหญิงตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง รับประทานยาให้ตรงเวลาอย่างต่อเนื่อง

3. มีการใช้ Line application ในการกระตุ้นเตือน ติดตามและให้กำลังใจให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในสิ่งที่ยังทำไม่ถูกต้อง / ยังไม่ได้ทำ พร้อมทั้งให้ความรู้ในประเด็นต่าง ๆ ผ่าน Line application อย่างต่อเนื่อง ให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

4. มีระบบแจ้งเตือนให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานยา ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ลืมรับประทานยา และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อควรระวังในการนำไปใช้

1. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง ควรต้องมีการกระตุ้น ติดตามหญิงตั้งครรภ์ และญาติในการช่วยดูแลและกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ในการดูแลรักษาภาวะโลหิตจาง ต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยา Ferrous fumarate อย่างต่อเนื่อง เมื่อยังมีค่าความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 33% และให้ยา Triferdine เมื่อความเข้มข้นของเลือดตั้งแต่ 33% ขึ้นไป ตลอดเวลาการตั้งครรภ์

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และผลการใช้รูปแบบดังกล่าว นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพร เพื่อให้ความเห็นข้อเสนอแนะ ซึ่งได้พิจารณาให้นำไปใช้ในสถานบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง (โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และขยายผลไปยังสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ในจังหวัดชุมพรต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยตั้งแต่แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ 2) รักษาพยาบาล 3) ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4) ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่บ้าน 5) ติดตามการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และ 6) การประเมินภาวะโลหิตจาง ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แบบเดิม ที่มีการดำเนินการที่มีรูปแบบที่ชัดเจนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง อย่างเป็นระบบ ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีแนวทางการดำเนินการในทิศทางเดียวกัน ทำกิจกรรมได้ครอบคลุมตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ควรจะเป็นตามหลักวิชาการ มีการให้ยาในการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการใช้ระบบการสื่อสาร ติดตามที่ทันสมัย สะดวกรวดเร็ว (Line application) มีระบบแจ้งเตือนในการรับประทานยาในแต่ละวัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ลืมรับประทานยาได้ยาอย่างต่อเนื่องตามการรักษา อีกทั้งมีการส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยดูแล มีการให้กำลังใจ มีการให้ความรู้ส่งเสริมการปฏิบัติตัว และการติดตามที่ชัดเจนทั้งในเรื่องเนื้อหา วิธีปฏิบัติ และผู้ดำเนินการ ทั้งนี้การให้ความรู้นั้นจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการปฏิบัติตัว / พฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เพราะความรู้เป็นปจจัยที่มีอิทธิพลตอพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการปฏิบัติในการปองกันโรค[24] นอกจากนี้การดูแล ติดตามให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จนครบระยะเวลาของการดูแลรักษา จะทำให้มั่นใจได้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะได้รับยาตามการรักษา ซึ่งจะทำให้มีระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มมากขึ้น การให้กำลังใจและส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยดูแล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่องก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะการให้กำลังใจเป็นการเสริมสร้างพลังจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพลังในตนเองเพิ่มขึ้น มีกำลังใจที่จะนำความรู้ คำแนะนำที่ได้รับมาปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ[25] ซึ่งรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนานี้ เมื่อพิจารณาแล้วจะมีการดำเนินการที่ชัดเจนทั้งในส่วนหญิงตั้งครรภ์ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ จึงทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดี และดีกว่ารูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ

ประสิทธิผลของรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลที่ดี โดยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และความเข้มข้นของเลือดเพิ่มมากขึ้น และมากกว่ารูปแบบการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แบบเดิม ทั้งนี้ รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้มุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ พร้อมติดตามให้กำลังใจ เป็นการสร้างความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ และเสริมพลังให้กับหญิงตั้งครรภ์[26] ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม และรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง และมีค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นตามลำดับ และมากกว่ารูปแบบการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศรี ปลิวมา, หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์[27] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเอง และฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น

อัจฉราวดี มั่งจิตร[28] ที่พบว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และมีค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น Pipatkul, Sinsuksai & Phahuwatanakorn[29] ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมีระดับค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 80.6 ทั้งนี้เป็นเพราะว่ารูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้มีกิจกรรมการให้ความรู้ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการให้กำลังใจ และติดตามให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และทำให้เกิดผลต่อหญิงตั้งครรภ์ในทางที่ดี ดังนั้น รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นรูปแบบที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากอยู่ในเกณฑ์ที่สูง มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศรี ปลิวมา, หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์[27] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ควรพิจารณากำหนดเป็นนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ประสานผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดชุมพร พิจารณา) ให้นำรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไปพิจารณาใช้เป็นแนวทางในการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 33%

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ดำเนินการตามรูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนา โดยพิจารณาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบท และความเป็นไปได้ในการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละคน

2. ติดตามค้นหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละราย และให้ความรู้ คำแนะนำ และติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์ จนหญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงความเป็นจริงตามบริบทของหญิงตั้งครรภ์

3. ให้ความสำคัญกับการรับประทานยา Ferrous fumarate อย่างต่อเนื่อง เมื่อยังมีค่าความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 33% และให้ยา Triferdine เมื่อความเข้มข้นของเลือด ตั้งแต่ 33% ขึ้นไป ตลอดเวลาการตั้งครรภ์

4. กระตุ้นเตือน ติดตามและให้กำลังใจให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในสิ่งที่ยังทำไม่ถูกต้อง / ยังไม่ได้ทำ พร้อมทั้งให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ ผ่าน Line application อย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่มี Smart phone ก็ให้ อสม.เป็นผู้ดำเนินการดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบและศักยภาพการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดำเนินการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดี

2. ควรติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนา จากการขยายผลการนำไปใช้เต็มพื้นที่ ของโรงพยาบาล / รพ.สต.ในแต่ละแห่งและโดยรวม

3. ควรศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเข้มข้นของเลือดปกติ (ความเข้มข้นของเลือด ตั้งแต่ 33% ขึ้นไป) เพื่อพัฒนาให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง นอกจากการรับประทานยา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Anaemia [Internet]. 2022. [cited 2025 March 22]. Available from: https:// www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab
2. ชลธิชา ตานา, ชเนนทร์ วราภิรักษ์.(2564). ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2568]. เข้าถึงจาก: https://w1med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content &view=article &id=1372:2017 -10-25-02-02-51&catid=45&Itemid=561
3. เอกชัย เพียรศรีวัชรา. (2567). สธ.เผยหญิงตั้งครรภ์เข้าถึงการฝากครรภ์คุณภาพมากขึ้น เร่งคัดกรองภาวะโลหิตจาง ค้นหาโรคธาลัสซีเมีย ส่งเสริมเด็กไทยเกิดดีมีคุณภาพ. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2568]. เข้าถึงจาก: http:// www.medi.co.th/news_detail71.php?q_id=682
4. อัจฉรา พานิชพงษ์พันธ์.(2566). ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี; 2566. รายงานวิจัย.
5. วรรณพร คำพิลา, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, สุกัญญา รักศรี, ปวินตรา มานาดี, ทิพวรรณ ทัพซ้าย, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล.(2565). การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565; 30(2): 136-142.
6. Office of Health Promotion, Department of Health.(2021). Information system for health promotion and environment health. Bangkok: Office of Health Promotion, Department of Health; 2021. (in Thai).
7. Office of Policy and Strategy, Ministry of Health.(2025). Indicators of the ministry of public health for the year 2020 [Internet]. 2020. [cited 2025 June 20]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/ index.php. (in Thai)
8. Khampila W, Thitiyarnviroj B, Raksee S, Manadee P, Tubsai T, Singsiricharoenkul S.(2022). Caring for Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia : The Challenging Role of Nurses. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2022; 30(2): 134-42.
9. Nilphai N.(2020). The Prevalence and Associated Factor of Anemia in Pregnancy In Roi Et hospital, Roi Et Province. Jornal of Research and Health Innovative Development 2020; 1(2): 123-35.
10. ธัญญารัตน์ สิงห์แดง, ไพฑูรย์ พรหมเทศ.(2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรี ตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลน้ำพองจังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(2): 101-109.
11. อาภาพร ศีระวงษ์.(2562). การเปรียบเทียบภาวะโลหิตจางก่อนและหลังให้การส่งเสริม โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลจัตรัส.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562; 34(3): 453-465.
12. Finkelstein JL, Kurpad AV, Bose B, Thomas T, Srinivasan K, Duggan C.(2020). Anemia and iron deficiency in pregnancy and adverse perinatal outcomes in Southern India. European journal of clinical nutrition 2020; 74(1): 112-25.
13. Teeraporn B, Siriwan S, Supit S.(2018). Effects of the Educative Supportive Program on Slefcare Behavior and Hematocrit Level among Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2018; 26(4): 40-50.
14. Cunningham, F. G., Leneno, K. J., Bloom, S. L., Spong , C. Y. Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., & Sheffield, J.S.(2014). Williams obstetrics (24th ed.). New York: McGraw-Hill; 2014.
15. Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Girling J, et al.(2020). UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. Br J Haematol; 2020.
16. ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ, กรรณิการ์ กันธะรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์.(2561). วิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. พยาบาลสาร 2561; 45(1): 62-74.
17. World Health Organization.(2012). Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women [Internet]. 2012. [cited 2025 Janjuary 9]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books /NBK132263/
18. สุชีวา ราชูโส.(2566). การเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการใช้ไตรเฟอร์ดีนกับไตรเฟอร์ ดีนร่วมกับเฟอร์รัสฟูมาเรท โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17(1): 303-312.
19. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร.(2568). สถานการณ์การฝากครรภ์ และภาวะโลหิตจาง ปี 2563 – 2567 จังหวัดชุมพร. ชุมพร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร; 2568.
20. Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research reader. Geelong. Victoria: Deakin University Press: John Wiley & Son; 1988.
21. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl¬baum Associate; 1988.
22. Likert, R. (1967). “The Method of Constructing and Attitude Scale,” in Attitude Theory and Measurement. New York : Wiley & Son.
23. Bloom, B.(1971). Mastery learning. New York City, New York State, USA: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
24. Becker T. A (1989). supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung. 18: 46-55.
25. วสมัญญา มุขอาษา. (2558). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
26. World Health Assembly. (2016). Strengthening integrated, people-centre health services. WHA. 69(24): 20-30.

27. สมศรี ปลิวมา, หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์.(2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. Singburi Hospital Journal 2565; 31(2): 165-179
28. อัจฉราวดี มั่งจิตร.(2567). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2569]. เข้าถึงจาก: https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_office_academic/adcharavadee2024.pdf
29. Pipatkul, W., Sinsuksai, N., & Phahuwatanakorn, W.(2015). Effects of a nutrition and iron supplement promoting program on iron deficiency anemia in pregnant women. Journal of Nursing Science 2015; 33(1): 69-76. [In Thai].

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา

Prevalence and Risk factors influencing Falls Among Elderly Patients with type 2 diabetes at Khong Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: April 16,2026 ; Revised: April 23,2026 ; Accepted: April 25,2026)

กัลยา บุณยศรีสวัสดิ์[1]
Kalaya Bunyasrisavasdi[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study) ดำเนินการในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคง จำนวน 222 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai-FRAT) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มโดยใช้ logistic regression

ผลการศึกษา: พบว่าความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเท่ากับร้อยละ 40.09 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ระดับการศึกษาต่ำ ระยะเวลาเป็นเบาหวาน ภาวะปลายประสาทเสื่อม ภาวะไตจากเบาหวาน และความดันโลหิตสูง สำหรับการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มที่เพิ่มขึ้น (Adjusted OR=1.09, 95% CI 1.04–1.14, p<0.01) ระดับการศึกษาที่ต่ำ (ไม่มีการศึกษา/ประถมศึกษา) (Adjusted OR=3.61, 95% CI 1.12–11.56, p=0.03) ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานที่ยาวนานขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น (Adjusted OR=1.03, 95% CI 1.01–1.07, p=0.04) ภาวะความดันโลหิตสูง(Adjusted OR=7.43, 95% CI 2.11–26.21, p<0.01) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การหกล้ม, ผู้สูงอายุ, เบาหวานชนิดที่ 2, ปัจจัยเสี่ยง, ความชุก

Abstract

This study aimed to determine the prevalence and identify factors associated with fall risk among elderly patients with type 2 diabetes mellitus at Khong Hospital, Nakhon Ratchasima Province. A survey research by cross-sectional study was conducted among 222 patients aged 60 years and older who had been diagnosed with type 2 diabetes mellitus and attended the diabetes clinic at Khong Hospital. Data were collected using structured questionnaires and the Thai Falls Risk Assessment Tool (Thai-FRAT). Descriptive statistics were used to summarize the data, and factors associated with fall risk were analyzed using logistic regression.

Results: The prevalence of fall risk among participants was 40.09%. Univariate analysis identified several factors associated with fall risk, including increasing age, lower educational level, longer duration of diabetes, peripheral neuropathy, diabetic nephropathy, and hypertension. In multivariate analysis, increasing age was significantly associated with a higher risk of falls (Adjusted OR = 1.09, 95% CI: 1.04–1.14, p < 0.01). Low educational level (no formal education or primary education) was also significantly associated with fall risk (Adjusted OR = 3.61, 95% CI: 1.12–11.56, p = 0.03). Longer duration of diabetes was associated with increased

[1] โรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา

fall risk (Adjusted OR = 1.03, 95% CI: 1.01–1.07, p = 0.04). Hypertension showed a strong association with fall risk (Adjusted OR = 7.43, 95% CI: 2.11–26.21, p < 0.01).

Keywords: Falls, Older adults, Type 2 diabetes mellitus, Risk factors, Prevalence

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ. 2564) รายงานว่าประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (super-aged society)[1] การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญกับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus; T2DM) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมักมีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนทั้งในด้านพยาธิสรีรวิทยาและคุณภาพชีวิต[2] ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) โรคปลายประสาทจากเบาหวาน (diabetic peripheral neuropathy) การเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ความบกพร่องทางการทรงตัว และการใช้ยาเบาหวานหลายชนิดร่วมกัน ล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ[3,4] ซึ่งการหกล้มถือเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก[5]

จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ[6] ระบุว่า ทั่วโลกมีประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 20–79 ปี) ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรในช่วงอายุดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 90 ล้านคนอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทย อัตราความชุกของโรคเบาหวานที่ปรับตามอายุในประชากรอายุ 20–79 ปี อยู่ที่ร้อยละ 11.6 ในปี พ.ศ. 2564 ในขณะที่การการศึกษา meta - analysis ของ Tuonan Liu [7]พบว่าความชุกของความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานพบร้อยละ 29.5 ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุมีแนวโน้มการหกล้มเพิ่มขึ้นจากหลายปัจจัยงานวิจัยโดย Chiba และคณะ (2015)[3] พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (OR 3.62, 95% CI: 1.242-10.534, P=0.018), ความบกพร่องทางสติปัญญา (OR 3.63, 95% CI: 1.227-10.727, P=0.020) และคะแนนดัชนีความเสี่ยงการหกล้มสูง (OR 1.2, 95% CI: 1.010-1.425, P=0.039) มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการหกล้มหลายครั้ง ในขณะที่การศึกษาในประเทศอิหร่านโดย Rashedi และคณะ[8]ระบุว่า คุณภาพการนอนหลับที่ดี (OR = 0.45, ช่วงความเชื่อมั่น 95% = 0.1-0.85) และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (OR = 0.6, ช่วงความเชื่อมั่น 95% = 0.1-0.77) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโอกาสที่จะหกล้มซ้ำน้อยลง ปัญหาการเดิน (OR = 1.8, 95% CI = 1.1-4.9), ปัญหาการทรงตัว (OR = 2.1, 95% CI = 1.24-7.12), ความดันโลหิตต่ำ (OR = 1.7, 95% CI = 1.2-5.6) และการใช้ยามากกว่าสามชนิด (OR = 1.55, 95% CI = 1.12-6.34) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโอกาสที่จะเกิดการหกล้มซ้ำมากขึ้น

ในประเทศไทยยังมีข้อมูลเฉพาะพื้นที่เกี่ยวกับการหกล้มในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เช่น โรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะประชากรเป็นกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชนบทที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากในเขต

เมือง การขาดข้อมูลด้านนี้ทำให้ไม่สามารถพัฒนาแนวทางการป้องกันหรือระบบคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทท้องถิ่นของประเทศไทย ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนานโยบายด้านการป้องกันการหกล้มเชิงรุกและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) โดยแพทย์และมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้สูงอายุเบาหวานที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคง ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size Calculation)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Alasmari et al. [9]ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ในเมืองเจดดาห์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยเป็นการศึกษาแบบ cross-sectional ในผู้ป่วยเบาหวานอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 309 ราย ที่รับบริการจากศูนย์สุขภาพของกระทรวง National Guard - Health Affairs ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม Fall Risk Assessment และแบบประเมิน Fall Efficacy Scale[10] พบว่า ร้อยละ 48.2 ของผู้เข้าร่วมเคยล้ม และในจำนวนนั้น 63.1% ล้มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

$$n = z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Sample size for estimating an infinite population proportion

$Z(0.975) = 1.96$, $p = 0.48$, $d = 0.072$ $n = 185$ และเพิ่มอัตราการสูญหาย 20% จะใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 222 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มารับบริการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคง
4. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลด้วยตนเองได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทขั้นรุนแรง เช่น พาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้ที่มีความบกพร่องทางจิตเวชหรือมีพฤติกรรมรุนแรง
4. ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือผ่าตัดขาหรือสะโพกภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

5. ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินมาตรฐาน โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (demographic data) (2) ข้อมูลทางคลินิก (clinical variables) (3) พฤติกรรมสุขภาพ (health behaviors)

2. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai Falls Risk Assessment Tool: Thai-FRAT)[11]

ช้แบบประเมิน Thai-FRAT ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ เพศ การมองเห็น การทรงตัว การใช้ยา ประวัติการหกล้ม และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0–11 คะแนน แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ (0–3 คะแนน) และความเสี่ยงสูง (≥4 คะแนน)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± standard deviation) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ และใช้ค่ามัธยฐานช่วงระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติอนุมาน โดยตัวแปรเชิงคุณภาพ (categorical data) วิเคราะห์ด้วย chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ (continuous data) ที่มีการแจกแจงแบบปกติใช้ independent t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติใช้ Mann–Whitney U test

ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยในขั้นตอนแรกทำการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการหกล้ม จากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) เข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ (multiple logistic regression analysis) เพื่อควบคุมตัวแปรกวนและระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างอิสระต่อความเสี่ยงการหกล้ม และได้มีการตรวจสอบภาวะพหุสหสัมพันธ์ (multicollinearity) ระหว่างตัวแปรอิสระโดยใช้ค่า variance inflation factor (VIF) เพื่อประเมินความเป็นอิสระของตัวแปรในแบบจำลอง โดยนำเสนอผลเป็นค่า odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการ NRPH 080 วันที่รับรอง 4 พฤษภาคม 2568

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 222 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจำนวน 89 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 40.09 ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมีจำนวน 133 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.91 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(73.50±6.38 ปี เทียบกับ 68.77±6.40 ปี, p<0.01) นอกจากนี้ สัดส่วนเพศหญิงในกลุ่มเสี่ยงหกล้มสูงกว่ากลุ่มไม่เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ (62.92% เทียบกับ 38.35%, p<0.01) ในด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มเสี่ยงหกล้มมีสัดส่วนของผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับไม่มีการศึกษาหรือประถมศึกษาสูงกว่ากลุ่มไม่เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95.51% เทียบกับ 84.21%, p<0.01) ขณะที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม (p=0.15) สำหรับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม (p=0.05) อย่างไรก็ตามการอยู่อาศัยแบบอยู่คนเดียว (p=0.93) และลักษณะที่อยู่อาศัยที่มีบันไดหรือพื้นต่างระดับ (p=0.11) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านปัจจัยทางคลินิก พบว่ากลุ่มเสี่ยงหกล้มมีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานยาวนานกว่ากลุ่มไม่เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ (15.04±9.06 ปี เทียบกับ 10.73±8.63 ปี, p<0.01) ในขณะที่ระดับ HbA1c (p=0.53) และการใช้ insulin (p=0.55) ไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม

กลุ่มเสี่ยงหกล้มมีภาวะปลายประสาทเสื่อมมากกว่ากลุ่มไม่เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (19.10% เทียบกับ 8.27%, p=0.01)กลุ่มเสี่ยงหกล้มมีภาวะไตมากกว่ากลุ่มไม่เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (46.07% เทียบกับ 30.83%, p=0.02)ภาวะจอตาเสื่อมไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม (p=0.14) ภาวะหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน (p=0.05) กลุ่มเสี่ยงหกล้มมีความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มไม่เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95.51% เทียบกับ 79.70%, p<0.01)ภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม (p=0.94) จำนวนชั่วโมงการนอนหลับไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม (p=0.61) กลุ่มเสี่ยงหกล้มมีสัดส่วนของผู้ที่ใช้ยามากกว่า 5 ชนิดสูงกว่ากลุ่มไม่เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (69.32% เทียบกับ 41.22%, p<0.01) ดังตารางที่ 1

ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสี่ยงหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม (OR = 1.11, 95% CI: 1.06–1.16, p<0.01) ระดับการศึกษาต่ำ (ไม่มีการศึกษา/ประถมศึกษา) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม(OR = 3.94, 95% CI: 1.31–12.03, p=0.014)ระยะเวลาเป็นเบาหวานที่นานขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม(OR = 1.05, 95% CI: 1.02–1.08, p<0.01)ภาวะปลายประสาทเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม(OR = 2.61, 95% CI: 1.16–5.90, p=0.02)ภาวะไตจากเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม(OR = 1.91, 95% CI: 1.09–3.34, p=0.02) ภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม (OR = 5.41, 95% CI: 1.82–16.06, p<0.01) ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multiple logistic regression)พบว่ามีปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มที่เพิ่มขึ้น (Adjusted OR=1.09, 95% CI 1.04–1.14, p<0.01) ระดับการศึกษาที่ต่ำ (ไม่มีการศึกษา/ประถมศึกษา) มีความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR=3.61, 95% CI 1.12–11.56, p=0.03) นอกจากนี้ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานที่ยาวนานขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น (Adjusted OR=1.03, 95% CI 1.01–1.07, p=0.04) ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Adjusted OR=7.43, 95% CI 2.11–26.21, p<0.01)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 222)

ตัวแปร	**ไม่เสี่ยงหกล้ม (n=133)**	**เสี่ยงหกล้ม (n=89)**	**p-value**
อายุ (ปี) ,mean±SD	68.77±6.40	73.50±6.38	<0.01
เพศหญิง	51 (38.35)	56 (62.92)	<0.01
การศึกษา			
- ไม่มี/ประถม	112 (84.21)	85 (95.51)	<0.01
- ≥มัธยม	21 (15.79)	4 (4.49)	
รายได้ (บาท/เดือน) ,mean±SD	4114.81±7013.65	2868.53±5047.26	0.15
สถานภาพสมรส			0.05
- โสด	9 (6.77)	5 (5.62)	
- สมรส	92 (69.17)	49 (55.06)	
- หม้าย/หย่า	32 (24.06)	35 (39.33)	
อาศัยอยู่คนเดียว	20 (15.04)	13 (14.61)	0.93
บ้านมีบันได/ต่างระดับ	78 (58.65)	63 (70.79)	0.11
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี) ,mean±SD	10.73±8.63	15.04±9.06	<0.01
HbA1c (%), mean ± SD	8.01±1.86	8.19±2.48	0.53
ใช้ insulin	27 (20.30)	21 (23.60)	0.55
ภาวะแทรกซ้อน			
- neuropathy	11 (8.27)	17 (19.10)	0.01
- nephropathy	41 (30.83)	41 (46.07)	0.02
- retinopathy	40 (30.08)	19 (21.35)	0.14
- stroke	9 (6.77)	13 (14.61)	0.05
โรคร่วม			
-ความดันโลหิตสูง	106 (79.70)	85 (95.51)	<0.01
-ไขมันสูง	114 (85.71)	76 (85.39)	0.94
ชั่วโมงนอน/คืน	6.64±1.85	6.78±2.22	0.61
ใช้ยามากว่า 5 ชนิด	54 (41.22)	61 (69.32)	<0.01

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (univariate logistic regression)

ตัวแปร	**Odds ratio (95%CI)**	**p-value**
อายุ (ปี)	1.11 (1.06-1.16)	<0.01
การศึกษา ไม่มี/ประถม	3.94 (1.31-12.03)	0.014
รายได้ (บาท/เดือน)	0.99 (0.01-1.01)	0.16
สถานภาพสมรส		
- โสด	1	
- สมรส	0.95 (0.30-3.01)	0.94
- หม้าย/หย่า	1.96 (0.56-6.49)	0.26

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (univariate logistic regression)

ตัวแปร	Odds ratio (95%CI)	p-value
ลักษณะที่อยู่อาศัย:อยู่คนเดียว	1.03 (0.48-2.20)	0.93
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี)	1.05 (1.02-1.08)	<0.01
HbA1c	1.04 (0.91-1.17)	0.53
ใช้ insulin	1.21 (0.63-2.31)	0.55
ภาวะแทรกซ้อน		
- neuropathy	2.61 (1.16-5.90)	0.02
- nephropathy	1.91 (1.09-3.34)	0.02
- retinopathy	0.63 (0.33-1.18)	0.15
- stroke	2.35 (0.96-5.77)	0.06
โรคร่วม		
-ความดันโลหิตสูง	5.41 (1.82-16.06)	<0.01
-ไขมันสูง	0.97 (0.45-2.08)	0.94
ชั่วโมงนอน/คืน	1.03 (0.90-1.18)	0.61

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (multiple logistic regression)

ตัวแปร	Adjusted Odds Ratio (95% CI)	p-value
อายุ (ปี)	1.09 (1.04–1.14)	<0.01
การศึกษา (ไม่มี/ประถม)	3.61 (1.12–11.56)	0.03
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี)	1.03 (1.01–1.07)	0.04
ความดันโลหิตสูง	7.43 (2.11–26.21)	<0.01

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าความชุกของความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 40.09 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ สุภารัตน์ วัฒนา [12] พบว่าความชุกของความเสี่ยงต่อการหกล้มพบร้อยละ 29.41 และมากกว่าการศึกษา meta analysis ของ Tuonan Liu [7]พบว่าความชุกของความเสี่ยงต่อการหกล้มพบร้อยละ 29.5 เป็นไปได้ว่าความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม และมีเกณฑ์การแปลผลที่แตกต่างจาก Thai-FRAT ที่ใช้ในการศึกษานี้

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR=1.09, 95% CI 1.04–1.14, p<0.01)ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา meta analysis ของ Tuonan Liu [7] ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สูงอายุ โดยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดการหกล้ม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากกลไกทางการแพทย์ กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะเกิดการเสื่อม

ของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ การลดลงของมวลกล้ามเนื้อ (sarcopenia) การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายที่ลดลง การตอบสนองของระบบทรงตัวที่ช้าลง รวมถึงการมองเห็นที่เสื่อมลง ส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการรักษาสมดุลของร่างกายลดลง นอกจากนี้ในผู้ป่วยเบาหวานยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปลายประสาทเสื่อม ซึ่งยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำ (ไม่มีการศึกษา/ประถมศึกษา) มีความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR=3.61, 95% CI 1.12–11.56, p=0.03)สอดคล้องกับ Edgar Ramos Vieira[13] พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการศึกษาน้อยกว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม รวมถึงการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังอาจมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และขาดการตระหนักถึงความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ

ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานที่ยาวนานขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น (Adjusted OR=1.03, 95% CI 1.01–1.07, p=0.04) สอดคล้องกับ Dwi Rosella Komala Sari และคณะ[14]พบว่า การเป็นเบาหวานเป็นเวลานานจะลดประสิทธิภาพการทรงตัวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การดำเนินของโรคเบาหวานในระยะยาวส่งผลให้เกิดการเสื่อมของระบบประสาททั้งส่วนปลายและระบบประสาทอัตโนมัติ รวมถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปลายประสาทเสื่อม ซึ่งมีผลต่อการรับความรู้สึก การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย (proprioception) และการควบคุมการทรงตัว นอกจากนี้ยังอาจสัมพันธ์กับการลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของท่าทาง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความไม่มั่นคงในการเคลื่อนไหวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม(Adjusted OR=7.43, 95% CI 2.11–26.21, p<0.01) สอดคล้องกับ D Alsayed Hassan และคณะ[15]ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมักได้รับยาลดความดันโลหิตหลายชนิด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด และเสียการทรงตัว นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด เช่น ภาวะหลอดเลือดแข็ง (arterial stiffness) และการไหลเวียนเลือดไปยังสมองที่ลดลง อาจส่งผลต่อการควบคุมสมดุลของร่างกายและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้ออกแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและการหกล้มได้อย่างชัดเจน เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ข้อมูลบางส่วนได้มาจากการรายงานของผู้เข้าร่วมวิจัย (self-reported data) ซึ่งอาจก่อให้เกิด recall bias โดยเฉพาะในประเด็นประวัติการหกล้มหรือพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งการศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะของประชากรในพื้นที่ ส่งผลให้ข้อสรุป

ของการศึกษาอาจมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรในบริบทอื่น (limited generalizability) นอกจากนี้ ความแตกต่างของขนาดตัวอย่างและลักษณะของประชากรศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น รวมถึงความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มอาจส่งผลต่อความสามารถในการเปรียบเทียบผลการศึกษาโดยตรง (comparability) และการตีความผลลัพธ์ในภาพรวม

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุมีความชุกของความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับสูง (40.09%) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำ ระยะเวลาการเป็นเบาหวานที่ยาวนาน และภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โดยเฉพาะในบริบทของคลินิกเบาหวานระดับโรงพยาบาลชุมชน สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานที่ยาวนาน และภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การประเมินความเสี่ยงควรดำเนินการควบคู่กับการใช้เครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นแล้ว เช่น Thai-FRAT เพื่อเสริมสร้างความแม่นยำ ความเป็นระบบ และประสิทธิภาพในการจำแนกระดับความเสี่ยง อันจะเอื้อต่อการวางแผนการดูแลเชิงป้องกันในระดับรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม และมีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

นอกจากนี้แนวทางการป้องกันควรได้รับการบูรณาการในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary approach) โดยมุ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญจากการศึกษา โดยเฉพาะการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม รวมถึงการทบทวนและปรับแผนการใช้ยาเพื่อลดผลข้างเคียงที่อาจส่งผลต่อความดันโลหิตและการทรงตัว ควรมีการประเมินอาการเวียนศีรษะและภาวะ orthostatic hypotension อย่างเป็นระบบตลอดจนส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมดุลของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้นและมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานยาวนาน นอกจากนี้การประเมินและปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้ด้านการป้องกันการหกล้มในผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ควรได้รับการส่งเสริมควบคู่กัน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันการหกล้มในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office.(2025). Survey of the elderly population in Thailand [Internet]. [cited 2025 Apr 19]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/iM?
2. World Health Organization.(2021). Broadening horizons: strategic plan 2021–2025 for the Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva: WHO; 2021.
3. Chiba Y, Kimbara Y, Kodera R, Tsuboi Y, Sato K, Tamura Y, et al.(2015). Risk factors associated with falls in elderly patients with type 2 diabetes. J Diabetes Complications. 2015;29(7):898–902.

4. Cheng Z, Li X, Xu H, Bao D, Mu C, Xing Q.(2023). Incidence of accidental falls and development of a fall risk prediction model among elderly patients with diabetes mellitus: A prospective cohort study. J Clin Nurs. 2023 Apr;32(7–8):1398–409.
5. Falls [Internet]. [cited 2025 Apr 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
6. Magliano DJ, Boyko EJ.(2021). IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee. IDF DIABETES ATLAS [Internet]. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [cited 2026 Apr 16]. (IDF Diabetes Atlas). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581934/ PubMed PMID: 35914061.
7. Liu T, Lin Y, Qi R, Chen X, Xiao Y, Xu W, et al.(2026). Prevalence and Risk Factors for Falls in Older Adults With Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2026 Mar 1;27(3).
8. Rashedi V, Iranpour A, Mohseni M, Borhaninejad V.(2019). Risk factors for fall in elderly with diabetes mellitus type 2. Diabetes Metab Syndr. 2019;13(4):2347–51.
9. Alasmari RS, Hassani HA, Almalky NA, Bokhari AF, Al Zahrani A, Hafez AA.(2022). Risk factors for fall among the elderly with diabetes mellitus type 2 in Jeddah, Saudi Arabia, 2022: a cross-sectional study. Ann Med Surg 2012. 2023 Mar;85(3):412–7.
10. Tinetti ME, Richman D, Powell L.(1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. J Gerontol. 1990 Nov;45(6):P239-243.
11. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.(2019). Clinical practice guideline for prevention and assessment of falls in older adults. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine; 2019.
12. สุภารัตน์ วัฒนา.(2024). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2024 Aug 31;9(4):318–27.
13. Vieira E, Fontes F, Filho B, Cavalcanti F, Gazzola J.(2019). RISK FACTORS FOR FALLS IN OLDER ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES. Innov Aging. 2019 Nov 8;3:S469–70.
14. Sari DRK, Pratiwi RE, Safitri W, Hifayati LMN.(2022). Risk Factors of Falling in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Annu Physiother Sci Meet Proceeding [Internet]. 2022 Sep 26 [cited 2026 Apr 16]. Available from: https://proceedings.ifi.or.id/index.php/titafi/article/view/5
15. Alsayed Hassan D, Chivese T, Syed M, Al-sayed G, Sharshani H, Al Muraikhi M.(2023). Risk factors associated with falls among older adults with diabetes. Eur J Public Health. 2023 Oct 1;33(Supplement_2):ckad160.1718.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลอุดรธานี

The Effects of a Family Support Program during the First Stage of Labor on Fear, Stress, Pain, and The Duration of the First Stage of Labor among Primiparous Women at Udon Thani Hospital.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

อรทัย ใจกว้าง[1] ศิตานันท์ วรรณเสน[2]
Orathai Jaikwang[1] Sitanan Wannasen[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 60 ราย คัดเลือกตามกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบประเมินความกลัวในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด แบบประเมินระดับความเครียด ST-5 และแบบประเมินระดับความเจ็บปวด มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .87 .80 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวด น้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001) และมีระยะเวลาการรอคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001)

คำสำคัญ: การสนับสนุนของญาติ, ความกลัว, ความเครียด, ความปวด, ผู้คลอดครรภ์แรก, ระยะเวลาการรอคลอด

Abstract

This study was a quasi-experimental, two-group design consisting of control and experimental groups, with outcomes measured before and after the intervention. This study aimed to examine the effects of a family-support program during the first stage of labor on fear, stress, pain, and the duration of the first stage of labor among primiparous women at Udon Thani Hospital. Participants were purposively selected according to predetermined eligibility criteria and were assigned to either the experimental group (n = 30) or the control group (n = 30). The research instruments consisted of: a family-support program during the first stage of labor, a personal data record form, an obstetric data record form, a fear of childbirth assessment scale, the ST-5 stress assessment scale, and a pain intensity assessment scale. The reliability coefficients of the latter three instruments were .87, .80, and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the independent t-test.

[1] โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี Correspondence author: sitanan@udru.ac.th

The results showed that, after participating in the program, the experimental group receiving the family-support program during the first stage of labor had significantly lower levels of fear, stress, and pain than primiparous women who received routine nursing care ($p < .001$). In addition, the duration of the first stage of labor in the experimental group was significantly shorter than that of the control group ($p < .001$).
Keyword: Family Support, Fear, Stress, Pain, among Primiparous Women, Duration of the First Stage

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกค่อนข้างซับซ้อน เป็นความปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากผู้คลอดไม่ได้รับการจัดการความปวด และไม่สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ตามมา การที่ผู้คลอดจะสามารถเผชิญความปวดได้มากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางร่างกาย เช่น ความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูก และปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และประสบการณ์ความปวดที่เคยผ่านมา[1] ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอดอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรก[2]

ความเจ็บปวดระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดมักเริ่มจากระดับเล็กน้อยและทวีความรุนแรงขึ้นจนถึงระดับสูงสุด ส่งผลให้ผู้คลอดครรภ์แรกบางรายไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และอาจแสดงพฤติกรรม เช่น ร้องไห้ ส่งเสียงดัง หรือดิ้นรน[2] ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สุขสบาย ความตึงเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งทางกายและใจ ปัจจัยทางอารมณ์เหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Dick-Read[1] ที่อธิบายว่า ความเจ็บปวดของการเจ็บครรภ์คลอด เกิดจากวงจรของ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง คือ ความกลัว-ความเครียด-และความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) โดยความกลัวจากการเจ็บครรภ์คลอดนำไปสู่ความตึงเครียด ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น และความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นยิ่งกระตุ้นให้เกิดความกลัวจนเกิดเป็นวงจรต่อเนื่องไม่สิ้นสุด

ความกลัว ความเครียด และความปวด เป็นผลมาจากการรับรู้ความปวดในการคลอดเพิ่มขึ้น โดยระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว การหดรัดตัวของมดลูกลดลง เกิดความก้าวหน้าในการคลอดล่าช้า[5] นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการยับยั้งฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญที่ทำให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูก และทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยาย ซึ่งหากผู้คลอดมีความกลัว ความเครียด และความปวดมาก ฮอร์โมนออกซิโทซินจะถูกยับยั้ง จึงมีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้า เจ็บครรภ์คลอดเป็นเวลายาวนาน และทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และยังเพิ่มโอกาสในการใช้สูติศาสตร์หัตถการเข้ามาเพื่อช่วยคลอด[6] ดังนั้นการดูแลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวด และลดความรู้สึกทุกข์ทรมานได้เป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด

Dick-Read[1] ได้เสนอการเตรียมการคลอดที่มุ่งเน้น ให้ผู้คลอดปราศจากความกลัว เพื่อตัดวงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด การประคับประคองจิตใจและอารมณ์ จะสามารถหยุดวงจรนี้ได้ ซึ่งเชื่อว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในขณะรอคลอด และการให้สามีหรือญาติ มีส่วนร่วมช่วยเหลือในระยะคลอด จะสามารถลดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดได้ จึงเป็นวิธีการสนับสนุนในระยะรอคลอดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากให้

ความสำคัญของการสนับสนุนในด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอันดับแรก[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้เลือกญาติเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอด ทำผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ไม่โดดเดี่ยว ไม่ต้องเผชิญการคลอดโดยลำพังจึงช่วยลดความกลัวในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] และยังพบอีกว่าการนำสามีหรือสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ทำให้ลดความกลัวในระยะคลอดของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความกลัวของผู้คลอด ที่เกิดจากการที่ต้องอยู่คนเดียวในขณะเจ็บครรภ์ จึงช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้[8] นอกจากนี้ยังพบว่า การสอนให้สามีหรือญาติช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้คลอดมีกำลังใจและสามารถปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดได้ จะช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลายจากความกลัว ความวิตกกังวล สามารถเผชิญต่อความปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งจะส่งผลให้การคลอดมีความก้าวหน้า และผ่านพ้นการคลอดได้อย่างปลอดภัย อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 ได้[4]

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read[1] ร่วมกับการทบทวนวรรณ ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอด โดยให้ญาติ 1 คนที่ผู้คลอดไว้วางใจ มาอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้คลอดตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดลดความตึงเครียดด้านจิตใจ จะสามารถลดความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดและลดระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดได้ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องกายวิภาค และสรีรวิทยาเกี่ยวกับการคลอด 3) การสนับสนุนด้านร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด โดยการจัดท่ามณีเวช ได้แก่ การเดิน การยืน นั่งขัดสมาธิ และท่าผีเสื้อ ซึ่งจะทำให้ช่องเชิงกรานกว้างขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ และส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลมารดารอคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และลดระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-experimental research) ประกอบ ด้วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ที่มารอคลอดและคลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนมีนาคม–กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มารอคลอดและคลอดบุตรที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือน มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน[9] โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 อำนาจทดสอบ (power) = .80

จำนวนตัวแปร (number of predictors) = 4 และขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.70 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ทั้งนี้ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ15 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบข้อคำถามและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 60 คน คัดเลือกตามกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว 2) อายุ 20 - 34 ปี 3) ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการชักนำการคลอด 4) อายุครรภ์ 38 – 40 สัปดาห์ 5) เมื่อแรกรับปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร หรือการหดรัดตัวของมดลูก interval 5 - 10 นาที, duration 30-45 วินาที, intensity +1+2 6) ไม่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ รกเกาะต่ำ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการพูด การอ่าน การเขียนได้ และไม่มีปัญหาในการได้ยิน 8) ญาติที่มาช่วยให้การสนับสนุนการคลอดเป็นสามีหรือญาติผู้หญิงอายุ 20-60 ปี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว

เกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการช่วยด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด หรือการใช้สูติศาสตร์หัตการ ได้แก่ คีมช่วยคลอด และเครื่องดูดสูญญากาศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1
ของการคลอด สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดวิธีการเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read[1] ร่วมกับการทบทวนวรรณในระยะที่ 1 ของการคลอด ประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอด โดยให้ญาติ 1 คนที่ผู้คลอดไว้วางใจ มาอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้คลอดตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดลดความตึงเครียดด้านจิตใจ จะสามารถลดความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดได้ การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องกายวิภาค และสรีรวิทยาเกี่ยวกับการคลอด การสนับสนุนด้านร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด โดยการจัดท่ามณีเวช ได้แก่ การเดิน การยืน นั่งขัดสมาธิ และท่าผีเสื้อ ซึ่งจะทำให้ช่องเชิงกรานกว้างขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ และส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น

2. แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ อายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับ การหดรัดตัวของมดลูก น้ำหนักทารกแรกเกิด และบุคคลที่ไว้วางใจ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด (Delivery Fear Scales : DFS) เป็นการวัดความรู้สึกกลัวของมารดาในระยะเจ็บครรภ์คลอดของ Alehagen[10] แปลเป็นภาษาไทยแบบ Back translation โดยวันเพ็ญ ไสยมรรคา[11] ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คำตอบมีให้เลือก 10 ระดับ (1=ไม่จริงที่สุด และ 10 เป็นจริงมากที่สุด) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10 ถึง 100 คะแนน แบ่งระดับความกลัวได้เป็น 2 ระดับ คือคะแนน 10-69 คะแนน หมายถึง มีความกลัวในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดระดับปกติ และคะแนนรวม $\geq$ 70 คะแนน หมายถึง มีความกลัวในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความเครียด ซึ่งใช้แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) ของอรวรรณ ศิปะกิจ[12] อ้างในกรมสุขภาพจิต[13] ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 5 ข้อ ตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 12 คะแนน แบ่งระดับความเครียดได้ 3 ระดับ คือ คะแนนรวม 0 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง คะแนน 5 - 7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียด คลี่คลาย ด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิด และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียด สูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) ของ Victoria Quality Council[14] ซึ่งเป็นเส้นตรงที่กำหนดด้วยตัวเลขและมีความต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุดคือไม่มีความเจ็บปวดและคะแนนสูงสุดคือมีระดับความเจ็บปวดมากที่สุด ซึ่งความเจ็บปวดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับจากเลขจำนวนน้อยไปหาเลขจำนวนมาก การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยให้ผู้คลอดระบุคะแนนบนเส้นตรง ตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยตนเอง (self-report)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้ 1) ได้นำโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้คลอด คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้คลอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง 2) แบบประเมินความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด คลอด 3) แบบประเมินระดับความเครียด และ 4) แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 .80 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด ที่แผนกห้องคลอด จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และให้ลงรายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด แบบประเมินระดับความเครียด และแบบประเมินระดับความเจ็บปวด (ก่อนการทดลอง) โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมดังนี้

ส่วนที่ 1 ขั้นการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนโดยญาติร่วมกับการดูแลตามปกติ ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับผู้คลอดเข้าสู่โปรแกรม เริ่มดำเนินการเมื่อรับผู้คลอดเข้าสู่ห้องคลอด และได้รับการยืนยันว่าอยู่ในระยะเจ็บครรภ์จริง โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร หรือมีการหดรัดตัวของมดลูกห่างกันทุก 5–10 นาที ระยะเวลาการหดรัดตัว 30–45 วินาที และความแรงระดับ +1 ถึง +2 ภายหลังรับไว้ดูแล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินระดับความกลัวการคลอด ระดับความเครียด และระดับความเจ็บปวด จากนั้นให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่และขั้นตอนการดูแลภายในห้องคลอดแก่ผู้คลอดและญาติ ก่อนพาเข้าสู่ห้องรอคลอดที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการดำเนินโปรแกรม ใช้เวลาในการดำเนินการเบื้องต้นประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ โดยให้ญาติ 1 คนที่ผู้คลอดไว้วางใจเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อให้การสนับสนุนทางจิตใจอย่างใกล้ชิด ญาติจะมีบทบาทในการให้กำลังใจ พูดปลอบโยน สัมผัสหรือจับมือเพื่อสร้างความอบอุ่นใจ รวมถึงช่วยดูแลความต้องการเบื้องต้น เช่น ช่วยจัดท่าทางให้สบาย ช่วยเช็ดเหงื่อ และช่วยดูแลจัดท่าเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้คลอดและญาติ ด้วยการเปิดวีดีทัศน์เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ประกอบด้วย 1) ระยะของการคลอด 2) การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก 3) การหดรัดตัวของมดลูก 4) วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ภายหลังรับชมวิดีทัศน์ ผู้วิจัยให้ผู้คลอดและญาติอธิบายย้อนกลับเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ใช้เวลา 5 นาที ทั้งนี้ หากผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะช่วยขจัดความกลัวจากความไม่รู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องได้ ใช้เวลารวม 15 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกท่ามณีเวช โดยผู้วิจัยเปิดวิดีทัศน์สาธิตการจัดท่ามณีเวชให้ผู้คลอดและญาติรับชม ประกอบด้วยท่ายืน เดิน และนั่งขัดสมาธิ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในระยะ Latent phase โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง และท่านั่งผีเสื้อซึ่งเริ่มปฏิบัติเมื่อปากมดลูกเปิด ≥ 3 เซนติเมตร โดยให้ผู้คลอดนั่งหลังตรง กางขา ฝ่าเท้าประกบ มือจับเท้า แขนเหยียดตรง กดเข่าให้ชิดพื้นมากที่สุด ค้างนับ 1–20 แล้วผ่อนมือและหายใจออก ทำซ้ำ 3 ครั้งนับเป็น 1 รอบ พักเหยียดขา และปฏิบัติทุก 20 นาที (ประมาณ 3 รอบต่อชั่วโมง) จนกระทั่งปากมดลูกเปิดครบ 10 เซนติเมตร จึงย้ายเข้าสู่ห้องคลอด

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล ผู้วิจัยติดตามช่วยเหลือญาติ ภายหลังที่เข้ามาให้การสนับสนุน ทุก 1-2 ชั่วโมง นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การตรวจวัด สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase (ปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร) ผู้วิจัยทำการประเมินหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความกลัวการคลอด แบบประเมินระดับความเครียด และแบบประเมินระดับความเจ็บปวด ภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยบันทึกระยะเวลาการรอคลอดของกลุ่มทดลองแต่ละราย

ส่วนที่ 2 กลุ่มควบคุม เริ่มต้นเมื่อรับผู้คลอดไว้ดูแลในห้องคลอดซึ่งผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์จริง ปากมดลูกเปิดขยายไม่เกิน 3 เซนติเมตร หรือมีการหดรัดตัวของมดลูกห่างกันทุก 5–10 นาที ระยะเวลาการหดรัดตัว 30–45 วินาที และความแรงระดับ +1 ถึง +2 ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความกลัวการคลอด ระดับความเครียด และระดับความเจ็บปวด จากนั้นผู้คลอดได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของห้องคลอดตามปกติ

เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase (ปากมดลูกเปิด 5–7 เซนติเมตร) ผู้วิจัยทำการประเมินซ้ำ ได้แก่ ระดับความกลัวการคลอด ระดับความเครียด และระดับความเจ็บปวด และภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยบันทึกระยะเวลาการรอคลอดของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

2. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบอิสระ (Independent t-test)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ 29/2567 ให้ไว้ ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 25.00 ปี (SD = 4.70) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.00 ปี (SD = 4.11) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีอาชีพแม่บ้าน และอาศัยอยู่กับสามี ข้อมูลทางสูติศาสตร์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ระหว่าง 38–39 สัปดาห์ เมื่อแรกรับมีการเปิดของปากมดลูกเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และบุคคลที่ไว้วางใจวางที่สุด คือ สามี รองลงมาคือ มารดา เมื่อนำข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติศาสตร์มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบค่าทีอิสระ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันและสามารถเปรียบเทียบผลการทดลองได้

2. การเปรียบเทียบคะแนนความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับตัวแปรตามใกล้เคียงกันก่อนการได้รับโปรแกรม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	*p*
ความกลัว	กลุ่มทดลอง	30	52.20	7.46	1.36	46.12	.179
	กลุ่มควบคุม	30	55.59	13.05			
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	30	1.00	0.64	1.69	49.50	.096
	กลุ่มควบคุม	30	1.36	0.99			
ความเจ็บปวด	กลุ่มทดลอง	30	3.63	0.99	1.93	48.62	.060
	กลุ่มควบคุม	30	4.30	1.60			

3. การเปรียบเทียบคะแนนความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดหลังการทดลอง

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอดมีผลต่อการลดความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก รายละเอียดแสดงในตารางที่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความกลัว ความเครียด ความปวด ระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	*p*-value
ความกลัว	กลุ่มทดลอง	30	46.33	12.84	17.92	58	<.001
	กลุ่มควบคุม	30	84.70	7.75			
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	30	2.06	0.52	8.72	58	<.001
	กลุ่มควบคุม	30	5.53	2.11			
ความเจ็บปวด	กลุ่มทดลอง	30	8.20	0.88	3.49	58	<.001
	กลุ่มควบคุม	30	8.96	0.80			

4. เปรียบเทียบระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 616.13 นาที (SD = 60.50) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้เวลาเฉลี่ย 855.17 นาที (SD = 314.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.07, df = 58, p < .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติช่วยให้การคลอดมีความก้าวหน้าเร็วขึ้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผลลัพธ์การคลอด	กลุ่ม	n	Mean (นาที)	SD	t	df	*p*
ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด	กลุ่มทดลอง	30	616.13	60.90	4.07	58	<.001
	กลุ่มควบคุม		855.17	314.44			

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอดสามารถช่วยลดความกลัว ความเครียด ความปวด และระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ความกลัวในระยะที่ 1 ของการคลอด ผลการวิจัย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระดับความกลัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการมีบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจอยู่เคียงข้างตลอดในระยะรอคลอด ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดความรู้สึกไม่ปลอดภัยระหว่างการรอคลอด โดยพบว่าญาติที่ผู้คลอดเลือกมากที่สุดคือ สามี รองลงมาคือ มารดา ซึ่งญาติมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือในการดูแล และพูดปลอบโยน เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Fear–Tension–Pain ของ Dick-Read[1] ที่ระบุว่าความกลัวเป็นปัจจัยเริ่มต้นของวงจรความตึงเครียดและความเจ็บปวด การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจึงช่วยตัดวงจรดังกล่าวได้ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้เลือกญาติเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอด ทำผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ไม่โดดเดี่ยว ไม่ต้องเผชิญการ

คลอดโดยลำพังจึงช่วยลดความกลัวในระยะคลอดได้[7] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปราวีณา นุกูลกิจ[15] ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์แรกซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ความเครียดในระยะที่ 1 ของการคลอด ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์อย่างต่อเนื่องตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด ควบคู่กับการได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และการเตรียมร่างกายให้พร้อมต่อการคลอด ช่วยลดความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลให้ระดับความเครียดของผู้คลอดลดลง ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Fear–Tension–Pain ของ Dick-Read[1] ซึ่งระบุว่าความกลัวเป็นปัจจัยเริ่มต้นของวงจรความตึงเครียดและความเจ็บปวด การที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจากญาติร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด จึงมีส่วนช่วยลดความกลัวและตัดวงจรความตึงเครียด ส่งผลให้ระดับความเครียดในผู้คลอดครรภ์แรกลดลง นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตย์ ด้วงคำภา[16] ซึ่งพบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยโปรแกรมการดูแลในระยะปากมดลูกเปิดเร็วโดยญาติมีส่วนร่วม มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ ร่างกาย และจิตใจ ผ่านกิจกรรมในโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ลักษณะความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูก และวิธีการบรรเทาความเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด ลดความกลัวและความวิตกกังวล และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎี Fear–Tension–Pain ของ Dick-Read[1] ซึ่งอธิบายว่าความกลัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดและนำไปสู่การรับรู้ความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น การที่ผู้คลอดได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ได้รับการดูแลด้านความสุขสบายของร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล รวมทั้งได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมให้ใช้เทคนิคการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด เช่น การผ่อนคลายและการหายใจอย่างเหมาะสม ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด จึงช่วยลดความกลัวและตัดวงจรความตึงเครียด ส่งผลให้ระดับความปวดลดลง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และศรีสุดา งามขำ[4] ที่พบว่าการสอนให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้คลอด ช่วยเสริมสร้างกำลังใจและส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถใช้วิธีการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดผ่อนคลายจากความกลัวและความวิตกกังวล และสามารถเผชิญกับความปวดในระยะคลอดได้ดีขึ้น

ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระยะเวลาการรอคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้คลอดได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมที่มุ่งขจัดวงจร ความกลัว–ความเครียด–ความเจ็บปวด ตามแนวคิดของ Dick-

Read[1] ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์จากญาติร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาช่วยลดความกลัวและความเครียด ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง เมื่อวงจรดังกล่าวถูกตัด การหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินจึงไม่ถูกยับยั้ง ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้การเตรียมร่างกายด้วยการจัดท่ามณีเวช ได้แก่ ท่ายืน ท่าเดิน ท่านั่งขัดสมาธิ และท่านั่งผีเสื้อ ซึ่งเป็นท่าที่ส่งเสริมแรงโน้มถ่วงและเพิ่มความกว้างของช่องเชิงกราน เอื้อต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ช่วยเสริมให้การคลอดมีความก้าวหน้า ซึ่งส่งผลต่อความก้าวหน้าของการคลอดและทำให้ระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 สั้นลง[17] ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปณัชช์ฐิตา ขุนบุญยัง, เกษร สุวิทยะศิร, ลักขณา บัวสมบูรณ์, วรรณดี ศรีสว่าง และนงลักษณ์ เกิดท่าไม้[18] ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดท่านั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติมีเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอดสามารถลดระดับความกลัว ความเครียด ความปวด และลดระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลอุดรธานีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์จากบุคคลที่ไว้วางใจ เช่น สามีหรือมารดา ร่วมกับการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา รวมถึงการฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งช่วยลดและขจัดวงจร ความกลัว–ความเครียด–ความปวดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจและสามารถเผชิญกับการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การเตรียมร่างกายด้วยการจัดท่ามณีเวช ได้แก่ ท่าผีเสื้อ ท่าเดิน ท่ายืน และท่านั่งขัดสมาธิ ช่วยส่งเสริมแรงโน้มถ่วง เพิ่มความกว้างของช่องเชิงกราน และเอื้อต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ส่งผลให้การคลอดมีความก้าวหน้าและระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 สั้นลง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวเป็นแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้คลอด และมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลสูติกรรม โดยควรมีการเตรียมความพร้อมญาติและพัฒนาสื่อสนับสนุนที่เหมาะสม รวมทั้งศึกษาต่อยอดในบริบทที่หลากหลายเพื่อยืนยันประสิทธิภาพในระดับระบบบริการสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนผู้คลอดครรภ์แรกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dick-Read G.(2024). Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth. London: Pinter & Martin; 2004.
2. รังสินี พูลเพิ่ม.(2557). การนำความร้อนไปใช้ในการลดความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;5(2): 23–7.

3. เยาวรัตน์ ดุสิตกุล.(2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2565;1(3): 31–9.
4. แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และศรีสุดา งามขำ.(2562). การจัดการความปวดในระยะคลอดบนพื้นฐานทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ. 2562;25(2): 1–2.
5. Zwelling E, Johnson K, Allen J.(2006). How to implement complementary therapies for laboring women. MCN Am J Matern Child Nurs. 2006;31(6): 364–70.
6. ธัญญารัตน์ กุลณีจิตต์เมธี.(2560). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560;6(2): 158–65.
7. ชุลีพร การะภักดี, วรรณี เดียวอิศเรศ และอุษา เชื้อหอม.(2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;7(2): 20–9.
8. ผดาวดี สาฆะ, ปทุมมา กังวานตระกูล และสุดาพร สุทธิพันธุ์ตระกูล.(2562). ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27(2): 185–98.
9. จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ.(2550). ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
10. Alehagen S, Wijma K, Wijma B.(2001). Fear during labor. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80:315–20.
11. วันเพ็ญ ไสยมรรคา.(2554). ความกลัวการคลอดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอด [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
12. อรวรรณ ศิลปะกิจ.(2551). แบบวัดความเครียดศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(3): 177–85.
13. กรมสุขภาพจิต.(2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2558.
14. Victorian Quality Council.(2007). Acute Pain Management Measurement Toolkit. Victoria, Australia: Victorian Quality Council; 2007 [cited 2024 Jan 10]. Available from: https://www.vgls.vic.gov.au/client/en_AU/search/asset/1294902/0
15. ปราวีณา นุกูลกิจ.(2568). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่อความกลัวการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร. วารสารการศึกษา สิ่งแวดล้อม การแพทย์ และสาธารณสุข. 2568;10(2): 949–60.
16. อาทิตย์ ด้วงคำภา.(2563). ผลของโปรแกรมการดูแลโดยญาติมีส่วนร่วมในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดต่อความเครียดความเจ็บปวด และความก้าวหน้าของการคลอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(2): 1–8.
17. พยุงศรี อุทัยรัตน์ และ อาลี แซ่เจียว.(2561). ผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(1): 791–804.
18. ปณัชช์ฐิตา ขุนบุญยัง, เกษร สุวิทยะศิร, ลักขณา บัวสมบูรณ์, วรรณดี ศรีสว่าง และนงลักษณ์ เกิดท่า.(2564). ประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดท่านั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด ต่อระดับความเจ็บปวด เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1): 294–310.

การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน

A Development of Therapeutic Nutrition Programs for Slowing the Progress of Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease at Pungkon Hospital.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

บุญทูล กราวกระโทก[1]
Boonthul Kraokrathok[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร โรงพยาบาลพังโคน จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ โปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคนที่พัฒนาขึ้น แบบวัดความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง และแบบประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก ใช้ระยะการดำเนินการ 15 เดือน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) โภชนบำบัดที่ดำเนินการโดยนักโภชนาการ 2) โภชนบำบัดที่ดำเนินการโดยกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ หลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัด การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) 2) ส่วนผลลัพธ์ด้านคลินิก พบว่า อัตรากรองของไต (GFR) ค่าระดับอัลบูมินในเลือด เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมโภชนบำบัด การชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

Abstract

This study is an action research aimed at the developing of therapeutic nutrition programs for slowing the progress of patients with stage 3 chronic kidney disease at Pungkon Hospital. The research process was conducted in three phases: 1) the preparatory phase, 2) the implementation phase, and 3) the evaluation phase. The study included 21 patients with stage 3 chronic kidney and blood albumin levels less than 3.5 grams per deciliter, utilizing a developed therapeutic nutrition programs, a knowledge questionnaire, a perceived severity of complications questionnaire, and clinical outcome measures as research instruments. This study took 15 months. Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

The results showed that the developed therapeutic nutrition programs for slowed the progress of patients with stage 3 chronic kidney disease at Pungkon Hospital.comprised two key components: 1) therapeutic nutrition conducted by a nutritionist and 2) therapeutic nutrition conducted by a sample groups. Following the implementation of the program, after receiving the program, 1) the sample group had knowledge and a perceived severity was significantly higher than before using the program ($p<.001$) overall, 2) clinical outcomes that overall GFR and blood albumin levels increased were significantly higher than before using the program ($p<.001$).

Keywords: Nutrition Therapy Program, Slowing Kidney Deterioration, Stage 3 Chronic Kidney Failure patients

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้บ่อยทั่วโลกมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในต่างประเทศ ปี ค.ศ. 2017 พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทั่วโลก จำนวน

[1] นักโภชนาการ โรงพยาบาลพังโคน

843.6 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในปี 2567 เพิ่มสูงถึง 1.12 ล้านคน (กรมควบคุมโรค, 2567) เสียชีวิตสูงถึง 21,922 ราย[2] พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องล้างไต 70,474 ราย[3] จังหวัดสกลนครและโรงพยาบาลพังโคนปี 2565-2567 พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 11,565, 13,684, 14,632 และ 401 412 และ 421.ตามลำดับ[4] ซึ่งมีแนวโน้มสูงอย่างต่อเนื่อง และการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนและส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ

โรคไตวายเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะเกิดโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิต ในปีค.ศ 2019 ทั่วโลก พบผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียชีวิติ 1.4 ล้านคน[5] เสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละประมาณ 2 แสนบาทต่อคน โดยเฉพาะการรักษาเพื่อยืดอายุโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างของเสียออกทางหน้าท้อง โดยในปี พ .ศ.2563-2564 ต้องใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 94,054,138 และ 97,202,800 บาท ตามลำดับ ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[6] สำหรับโรงพยาบาลพังโคน ในปี 2566 พบผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังทุกระยะ รวม 671 คน และพบโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 รวม 346 คน ในปี 2567 พบผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังทุกระยะ รวม 689 คน และพบโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 รวม 363 คน ซึ่งยังพบว่ามีจำนวนที่ยังสูง และจากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลพังโคน ปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวนทั้งสิ้น 37 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ต้องได้รับการฟอกไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 36 คน และพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงถึง 13 คน[7]

จากโรคไตวายเรื้อรังที่สูงขึ้นนี้สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารหรือการใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียมมากเกินไป ถึงแม้โซเดียมจะเป็นแร่ธาตุที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย คือช่วยรักษาสมดุลของน้ำและความดันโลหิต แต่การที่ร่างกายได้รับโซเดียมมากเกินไปก็ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง[8] จากสถานการณ์นี้กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป็นนโยบายการขับเคลื่อนการดำเนินงานการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยการกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย หรือ SALTS เพื่อสร้างความตระหนักลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเกินในประชาชน[3] รวมถึงการส่งเสริมควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 ไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ให้มีประสิทธิภาพโดยให้เริ่มส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะแรกให้เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ไตสามารถทำงานได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาหารที่เหมาะสมประกอบด้วย อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่ใส่เกลือ ลดปริมาณโซเดียมที่รับประทานในแต่ละวัน เช่น อาหารเย็นแช่แข็ง ซุปกระป๋อง และอาหารจานด่วน อาหารอื่น ๆ ที่ใส่เกลือ รวมถึงอาหารขบเคี้ยวที่มีรสชาติเค็ม ผักกระป๋อง ตลอดจนเนื้อและชีสที่ผ่านการกระบวนการ และควรเลือกรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้วย ส้ม มันฝรั่ง ผักโขมและมะเขือเทศ ตัวอย่างอาหารที่มีโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ แอปเปิ้ล กะหล่ำปลี แครอท ถั่วเขียว องุ่น และสตรอเบอร์รี่ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังต้องจำกัดปริมาณโปรตีน และโปรตีนที่ได้รับควรได้ตามจำนวนกรัมที่เหมาะสมของโปรตีนที่ต้องการในแต่ละวัน และโปรตีนที่ได้ควรเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อไร้มัน ไข่ขาว นมจากพืช[9] ซึ่งการรับประทานอาหารที่เหมาะสมนี้จะสามารถช่วยให้การชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ และพบมีภาวะทุพโภชนาการจากสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารโปรตีนได้ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทพโภชนาการมากที่สุด[10] ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มี

ระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซีด มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง คือ รับประหานข้าวเหนียว ไม่ควบคุมอาหาร รับประทานของหวานและผลไม้หวานเป็นประจำ[11]

โรงพยาบาลพังโคนเป็นโรงพยาบาลระดับ 120 เตียง จากแนวโน้มที่พบว่ามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่สูงเพิ่มขึ้นดังที่กล่าวข้างต้นนั้น จากการสำรวจภาวะโภชนาการในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีภาวะทุพโภชนการในปี 2565- 2567 พบว่ามีจำนวน 27, 29 และ 36 ตามลำดับ[7] มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นี้ควรได้รับพลังงานประมาณ 30 - 35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวต่อวัน แต่จะต้องจำกัดปริมาณสารอาหารบางชนิด ได้แก่ 1)โปรตีน ควรได้รับโปรตีนในปริมาณ 0.6 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวต่อวัน 2)ไขมัน ควรบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวได้ แต่ควรอยู่ในปริมาณที่เหมาะสม 3) เกลือแร่โซเดียม ควรจำกัดการบริโภคเกลือ โดยให้ปริมาณเกลือแกงน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน และไม่ควรรับประทานผลไม้หรืออาหารฟอสฟอรัสสูง จากข้อจำกัดด้านการรับประทานอาหารนี้ อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ไม่สมดุลในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 นี้ อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น การสูญเสียวิตามินที่ละลายในน้ำ ความอยากอาหารลดลง โรคโลหิตจาง เมื่อไตทำงานลดลง จะส่งผลให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงน้อยลง ระดับฟอสฟอรัสสูง ไตที่เสื่อมไม่สามารถขับฟอสฟอรัสออกได้ดี ทำให้ระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงขึ้น กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์ ทำให้แคลเซียมในกระดูกถูกดึงออกมา ส่งผลให้กระดูกเปราะง่าย ระดับแคลเซียมต่ำ การสะสมของฟอสฟอรัสสูง จะทำให้การดูดซึมแคลเซียมลดลง ภาวะกรดเมตาบอลิก (Metabolic Acidosis): ไตมีหน้าที่ควบคุมสมดุลกรด-ด่างของร่างกาย เมื่อไตเสื่อมจะไม่สามารถขับกรดส่วนเกินออกได้ ทำให้เกิดการสะสมของกรดในเลือด ส่วนการได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ ทำให้โปรตีนในเลือดต่ำ ร่างกายอ่อนแอ ภูมิต้านทานต่ำ และมีอาการบวมได้ง่าย การได้รับโปรตีนมากเกินไป ทำให้เกิดของเสียคั่งในเลือด และเพิ่มภาระการทำงานของไต แนวทาง การดูแล การปรับเปลี่ยนอาหาร ควรได้รับคำแนะนำจากนักกำหนดอาหาร เพื่อวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย[12]

สำหรับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อชะลอไตเสื่อง หลังเข้าโปรแกรมผู้ป่วยไตเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) การลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วที่ eGFR> 5 มิลลิลิตร/นาที/1.73ตารางเมตร/ปี มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และeGFR<5 มิลลิลิตร/นาที/1.73ตารางเมตร/ปี มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังรับประทานอาหารตามแบบแผนเดิมที่อาจไม่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค[13] ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดทุพโภชนาการสูงจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการส่งเสริมโปรแกรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับโปรตีนและพลังงานที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อมวลกล้ามเนื้อและองค์ประกอบของร่างกายให้เป็นปกติ ช่วยให้ระบบภูมิต้านทานโรคทำงานปกติจึงช่วยป้องกันการติดเชื้อได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังสร้างสมดุลให้กับระบบการเผาผลาญ ส่วนแนวคิดตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) คือกรอบแนวคิดทางจิตวิทยาที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการรับรู้ของบุคคลเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะช่วยกระตุ้นเตือนให้บุคคลลงมือปฏิบัติในด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี[14] ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพพบว่าการสร้างการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง (Mean= 2.53 SD= 0.34) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามคำแนะนำ อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Mean=2.62 SD

=0.12)[15] ดังนั้นในการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดในการส่งเสริมความรู้และการสร้างการรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนี้ปฏิบัติตามเมนูอาหารที่ผู้วิจัยดัดแปลงให้ถูกหลักโภชนาการ และปรับให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีภาวะทุพโภชนการ เมื่อผู้ป่วยรับประทานแล้วจะช่วยชะลอไตเสื่อมและลดอัตราการเสียชีวิตได้เป็นอย่างดี[5] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนในพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วยนี้ได้รับอาหารที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จาการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เช่น ความรู้ อัตราการกรองของไต (ค่า eGFR) และภาวะโภชนาการได้แก่ ระดับอัลบูมินในร่างกาย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน ระยะการดำเนินการวิจัยเดือนมกราคม 2568 – มีนาคม 2569 ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการ ใช้ขั้นตอน P (Planning) ในการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โดยศึกษาสถาณการณ์สถานการณ์โภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีภาวะทุพโภชนาการ โรงพยาบาลพังโคน และจากการพัฒนาโปรแกรมฯ นำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำแผนดำเนินการ 2) ระยะดำเนินการ โดยนำขั้นตอน A (Acting) ขั้นตอน O (Observing) และขั้นตอน R (Refecting) การดำเนินการรอบที่ 1 ประเมินผลจะประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ จากนั้นออกแบบวางแผน (Re-planning) ดำเนินการตามแผนของโปรแกรมฯ รอบที่ 2 ในขั้นตอน A (Acting), O (Observing) และ R (Refecting) ซ้ำอีกครั้ง และ 3) ระยะประเมินผล โดยการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ในการดำเนินการรอบที่ 1 และการดำเนินการรอบที่ 2 นำมาวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์การพัฒนาโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทุกคนที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือนมกราคม 2568 –10 เมษายน256 9 จำนวน 139 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ทุกระยะที่มีภาวะทุพโภชนาการคือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีค่าeGFR อยู่ระหว่าง 30 – 59 มล./นาที/1.73 ตร.ม และระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 กรัม/เดซิลิตร จำนวน 21 คน ที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนครโดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ศึกษา จำนวน 21 คน

1. โดยมีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษาคือ 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ทุกระยะที่มีภาวะทุพโภชนาการคือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มี ค่าeGFR อยู่ระหว่าง 30 – 59 มล./นาที/1.73 ตร.ม และระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 กรัม/เดซิลิตร ที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วมที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลพังโคน 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3)สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือได้ และ5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน

1. โปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวอื่น ๆ และผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคไตวายเรื้อรัง สาเหตุ พยาธิสรีรภาพ ปัจจัยเสี่ยงอาการ การรักษาด้วยโภชนบำบัด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย จำนวน 10 ข้อ เป็นความรู้ด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกและผิด การให้คะแนน ข้อคำถามด้านบวก ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนด้านลบถ้าตอบถูกให้ 0 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 1 คะแนน การแปลผลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนนจากการตอบ 8 - 10 คะแนน ระดับความรู้ สูง

ร้อยละ 60-80.00 คะแนนจากการตอบ 6 - 7 คะแนน ระดับความรู้ ปานกลาง

ต่ำกว่าร้อยละ 60 คะแนนจากการตอบ ต่ำกว่า 6 คะแนน ระดับความรู้ ต่ำ

3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และอัตราการเสียชีวิตสูง เมื่อการดำเนินการโรคจากภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ สูงมาก (5 คะแนน) สูง (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) ต่ำ (2 คะแนน) ต่ำมาก (1 คะแนน) ตามลำดับ

4) แบบบันทึกผลลัพธ์จากการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ได้แก่ค่าอัตราการกรองของไต และระดับอัลบูมินในเลือด

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 สถานการณ์โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 แนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ ขั้นตอนการวิจัย

2. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน อัตราการกรองไต และระดับอัลบูมินในเลือด

3. สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน อัตราการกรองไต และระดับอัลบูมินในเลือด ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025 – 096 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน ทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ระยะเตรียมการนี้ ใช้ขั้นตอน P (Planning) ดังนี้ 1) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 139 ฉบับ พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีค่าระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 กรัม/เดซิลิตร จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.11 ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ในเดือน มกราคม - มีนาคม 2568 จากนั้นวิเคราะห์ปัญหา เมนูอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ และข้อจำกัดเกี่ยวกับการประกอบอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 หลังจากนั้นจัดลำดับความสำคัญของปัญหาพร้อมกับศึกษาการปรุงอาหารตามบริบทในพื้นที่ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ 2) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้อง ศึกษาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 แนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องจากการพัฒนาโปรแกรมฯ และแนวทางการติดตามประเมิน 3) ยกร่างโปรแกรมฯ 4) ปรับปรุงเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 กรัม/เดซิลิตร จำนวน 15 เมนู และจัดทำแผนดำเนินการ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอน Acting ครั้งที่ 1 โดยการนำโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ได้แก่ การประชุมร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการขี้แจงแนวทางการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 2 ครั้ง เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อจำกัดในการนำตัวอย่างเมนูอาหารไปใช้ในสถานการณ์จริง และแนวทางการดำเนินการพัฒนาตามแผนการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยการสร้างกลุ่มไลน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคไตวายเรื้อรัง สาเหตุ พยาธิสรีรภาพ ปัจจัยเสี่ยงอาการ การรักษาด้วยโภชนบำบัด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง โดยจัดกลุ่มละ 10 -11 คน จำนวน 2 กลุ่ม ร่วมกับการใช้คลิปวิดีโอ และฝึกทักษะการประกอบอาหารตามโมเดลอาหาร เมนูอาหารพื้นบ้าน การจัดทำโมเดลการปรุงอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมและการเพิ่มโปรตีนของแต่ละเมนูอาหาร สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การให้คู่มือโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม และการฝึกลงบันทึกในสมุดการใช้เมนูอาหารตามแนวทางปฏิบัติ จัดทำกลุ่มไลน์ และทะเบียนเบอร์โทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับ Acting ครั้งที่ 2 หลังการติดตามครั้งนี้ที่1 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความเข้าใจในสัดส่วนการปรุงอาหารแต่ละเมนูปรับปรุงที่ดัดแปลงผู้วิจัยจึงเพิ่มวิธีการคำนวณสัดส่วนของวัตถุดิบและเครื่องปรุงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำแนวทางการปรุงอาหารไปใช้ในสถานการณ์จริง และการทวนซ้ำการปรุงอาหารตามโมเดลการปรุงอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมและการเพิ่มโปรตีน

ขั้นตอนการสังเกต Observing ผู้วิจัยติดตามการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม การติดตามเยี่ยมบ้านแบบทางไกลการจัดทำกลุ่มไลน์ การเยี่ยมทางไลน์และหรือทางโทรศัพท์การตรวจสอบสมุดบันทึกการปฏิบัติตามเมนูโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม

ขั้นตอนการสะท้อนข้อมูลกลับ (Reflecting) สะท้อนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 2 ครั้ง การสะท้อนข้อมูลอัตราการกรองของไต และค่าระดับอัลบูมินในเลือด จำนวน 2 ครั้ง ในวันที่มาตรวจตามนัด

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์

ระยะประเมินผลลัพธ์นี้ ครั้งที่ 1 โดยวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อัตราการกรองของไต ค่าระดับอัลบูมินในเลือด วิเคราะห์หาสาเหตุของข้อจำกัดในการปฏิบัติตามแนวทางเมนูโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม การติดตามเยี่ยมบ้านแบบทางไกล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ การประเมินการปฏิบัติที่คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ครั้ง รวบรวมข้อมูลทั้งหมดมาปรับเปลี่ยนโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามแนวทางเมนูโภชนบำบัด ร่วมกับเสนอแนวทางใหม่ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มเติม หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวางแผนเพื่อดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง รวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ ระหว่างเดือน มีนาคม – 10 เมษายน 2569

2. ผลลัพธ์จากการพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 81.00) รองลงมาคือช่วงอายุ 51–60 ปี (ร้อยละ 19.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 75.10 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.396 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.90) ขณะที่เพศหญิงมีร้อยละ 38.10 ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.20) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 14.28) และระดับปริญญาตรีมีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.52) ด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 52.38) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 23.82) และอาชีพรับจ้างและค้าขาย (ร้อยละ 9.52) เท่ากัน ส่วนข้าราชการมีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.76) ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 52.38) รองลงมาคือหม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 47.62) ด้านโรคร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.38) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.34) เบาหวาน (ร้อยละ 9.52) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 4.76) และผู้ดูแลหลัก พบว่า มากที่สุดคือคู่สมรส (ร้อยละ 52.38) รองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 33.34) และญาติ (ร้อยละ 14.38)

2.2 ความรู้ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน ก่อนการพัฒนาโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 88.57 ของคะแนนเต็ม ภายหลังการพัฒนาโปรแกรม พบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 96.19 ของคะแนนเต็ม ซึ่งยังคงอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และเมื่อเปรียบเทียบระดับ พบว่าความรู้โดยรวมเกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ก่อนการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โดยรวมเกี่ยวกับโภชนบำบัด ($\bar{x}$= 17.71, S.D. = 0.85) ภายหลังการได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โดยรวมสูงกว่า ($\bar{x}$= 19.24, S.D. = 0.94) ก่อนได้รับโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -3.676, p < .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ของกลุ่มตัวอย่าง (n=21) โดยใช้ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			df	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความรู้โดยรวม	17.71	0.85	สูง	19.24	0.94	สูงมาก	20	-3.676	<.001*

3. การรับรู้ความรุนแรงจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

ก่อนการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน มีระดับการรับรู้ความรุนแรงจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเด็นที่โรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.05, S.D.

= 0.669) การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 3 ครั้งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.10, S.D. = 0.831) การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.05, S.D. = 0.921) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการฟอกเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.86, S.D. = 0.655) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}$ = 4.52, S.D. = 0.512)

นอกจากนี้ การรับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการจำกัดน้ำและอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.00, S.D. = 0.775) การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.00, S.D. = 0.894) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.19, S.D. = 0.928) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากการฟอกเลือดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.76, S.D. = 0.700) และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.52, S.D. = 0.814) โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 33.05, S.D. = 3.47)

ภายหลังการได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นในทุกประเด็น โดยการรับรู้ว่าโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = 0.793) การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.14, S.D. = 0.727 และ $\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 1.078 ตามลำดับ) การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการฟอกเลือดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.700) และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องยังคงอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}$ = 4.76, S.D. = 0.436)

ในด้านผลกระทบจากโรค พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการจำกัดน้ำและอาหาร การสูญเสียค่าใช้จ่าย ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะสมองเสื่อม อยู่ในระดับสูงทั้งหมด ($\bar{X}$ = 4.43, 4.29, 4.38 และ 4.86 ตามลำดับ) ขณะที่การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.48, S.D. = 0.680) โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}$ = 43.48, S.D. = 2.52)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -15.299, p < .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความตระหนักในการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ (n = 21)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ			
การรับรู้โดยรวม	3.30	0.825	ปานกลาง	4.35	0.871	สูงมาก	20	-15.299	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p< .001

4. ผลลัพธ์ด้านโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าอัตราการกรองของไต (GFR) และระดับอัลบูมินในเลือดก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปของมัธยฐานและพิสัย (Range) สำหรับค่า GFR และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับระดับอัลบูมิน ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) มัธยฐานเท่ากับ 43.10 ml/min/1.73 m^2 (36.30–49.90) ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ค่า GFR เพิ่มขึ้น โดยมีมัธยฐานเท่ากับ 45.80

ml/min/1.73 m² (39.80–51.90) ในส่วนของระดับอัลบูมินในเลือด พบว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 g/dL (SD = 0.20) และภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยของระดับอัลบูมินเพิ่มขึ้นเป็น 3.80 g/dL (SD = 0.34)

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เช่นเดียวกับระดับอัลบูมินในเลือดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ (n = 21)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนาโปรแกรมฯ		หลังพัฒนาโปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
GFR	43.57	3.02	47.21	3.68	-7.141	.000*
อัลบูมิน	3.16	0.20	3.80	0.34	-10.437	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p< .001

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์จากการพัฒนาโปรแกรม โภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน

จากการนำโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการท ที่ได้จากการทบทวนโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 และวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะให้ได้โปรแกรมการชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้เองที่บ้าน โดยได้นำขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observe) และการสะท้อนกลับ (reflective) มาพัฒนาเมื่อครบวงจรรอบที่ 1 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการดำเนินการโปรแกรมฯ จากนั้นได้พิจารณาปรับปรุงแผน (Re-planning) และดำเนินการในในรอบที่ 2 อย่างต่อเนื่อง[17] ซึ่งในการพัฒนาโปรแกรมฯ นี้ได้นำนโยบายการดำเนินการโรคเรื้อรังตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวง แผนโรงพยาบาลพังโคน มากำหนดเป็นแผนในการดำเนินการ และปรับเปลี่ยนแผนตามบริบทของประเด็นปัญหาที่พบ เพื่อให้การดำเนินการนี้บรรลุตามผลลัพธ์ที่คาดหวังดังเช่น การดัดแปลงเมนูอาหารตามบริบทในพื้นที่ การปรับปรุงวิธีการประกอบสัดส่วนอาหารแต่ละเมนูให้ง่ายต่อการปฏิบัติได้เองที่บ้าน แต่ละเมนูจะเน้นส่วนประกอบโปรตีนจากไข่ขาว เนื้อปลา ไก่ หมู และโปรตีนจากพืช เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอ อันจะส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ระดับการกรองไขของไตและระดับอัลบลูมินเพิ่มขึ้นเป็น 47.2 และ 3.8 ตามลำดับ

2. ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) อาจเนื่องจากในขั้นตอน Acting นั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในเรื่องการรับประทานอาหารที่ส่งผลดีต่อการชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหารกลุ่มที่มีโปรตีนสูง ด้วยคลิปวิดีโอที่มีภาพเคลื่อนไหว

ประกอบ การใช้โมเดลอาหารประกอบการสาธิต นอกจากนี้ผู้วิจัยยังจัดทำแผ่นพับและตารางในการเลือกรับประทานที่ช่วยการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในขั้นตอนการ Acting รอบที่ 2 ที่ผลการวิเคราะห์ในข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำ ผู้วิจัยได้เพิ่มการให้ความรู้ซ้ำเป็นรายข้อและรายบุคคล รวมทั้งการงดรับประทานอาหารที่มีโปรแตสเซียมสูง การงดการปรุงอาหารที่มีชูรส กาเป็นส่วนประกอบ และและโปรตีนที่ได้รับควรได้ตามจำนวนกรัมที่เหมาะสมเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง[9] ของโปรตีนที่ต้องการในแต่ละวัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกานต์ ซองทุมมินทร์[13] ที่พัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการสอนให้ความรู้ ครั้งที่ 1 การสอนรายกลุ่ม โดยใช้โมเดลอาหารและคู่มือการควบคุมอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ครั้งที่ 2 สอนเป็นรายบุคคลโดยการทบทวนการใช้คู่มือฯ และครั้งที่ 3 ทบทวนสิ่งที่ทำได้และหรือปัญหาและอุปสรรคพร้อมกับการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง คนละ 15 – 20 นาที ทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ นี้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลลัพธ์ด้านการรับรู้ความรุนแรงจากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

พบว่า การรับรู้ความรุนแรงจากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เฉลี่ยสูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) อาจเนื่องจากในขั้นตอน Acting กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รวมถึงผู้วิจัยยกเหตุการณ์ในสถานการณ์จริงจากกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไตทางช่องท้องและหรือการล้างไตด้วยการฟอกเลือด การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการล้างไต การติดเชื้อและการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะช่วยกระตุ้นเตือนให้บุคคลลงมือปฏิบัติในด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี [14] และการสร้างการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงการควบคุมอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมได้เป็นอย่างดี [15]

4. ผลลัพธ์ด้านโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และระดับการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้น เฉลี่ยสูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในขั้นตอน Acting นั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในเรื่องการรับประทานอาหารที่ส่งผลดีต่อการชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหารกลุ่มที่มีโปรตีน การเพิ่มการให้ความรู้ซ้ำเป็นรายข้อและรายบุคคล รวมถึงการได้รับเมนูอาหารที่ผู้วิจัยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ โดยการการดัดแปลงเมนูอาหารตามบริบทในพื้นที่ การปรับปรุงวิธีการประกอบสัดส่วนอาหารแต่ละเมนูให้ง่ายต่อการปฏิบัติได้เองที่บ้าน แต่ละเมนูจะเน้นส่วนประกอบโปรตีนจากไข่ขาว เนื้อปลา ไก่ หมู และโปรตีนจากพืช เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เพิ่มวิธีการคำนวณสัดส่วนของวัตถุดิบและเครื่องปรุงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำแนวทางการปรุงอาหารไปใช้ในสถานการณ์จริง และการทวนซ้ำการปรุงอาหารตามโมเดลการปรุงอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมและการเพิ่มโปรตีนในแต่ละเมนูอาหารที่ดัดแปลง รวมถึงการ

สะท้อนข้อมูลอัตราการกรองของไต และค่าระดับอัลบูมินในเลือด จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งหลังการพัฒนาโปรแรมฯ พบว่า ระดับการกรองไของไตและระดับอัลบูมินเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อได้รับการส่งเสริมโปรแกรมโภชนบำบัดที่เหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จะสามารถช่วยลดภาวะทุพโภชนการได้ และจะส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดเป็นนโยบายในการใช้โปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

2. ควรนำผลลัพธ์จากการการพัฒนาโปรแกรมฯ นี้ ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาร่วมในการวัดผลปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับในแต่ละมื้อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

2. ควรศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน ที่พัฒนานี้ กับโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลพังโคน เพื่อให้มีความครอบคลุมของโปรแกรมฯ นี้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. Kidney International Supplements, 12(1), 7-11. https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.003

2.กรมควบคุมโรค. (2567). กรมควบคุมโรครณรงค์ “วันไตโลก” 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชน มุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php? news=41551&deptcode=brc

3.Bikbov, B., Purcell, C., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., . . . Vos, T. (2020). Global, region and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet Healthy Longevity, 395, 709-733.

4.เวชระเบียนโรงพยาบาลพังโคน. (2568). รายงานผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังปี 2568. โรงพยาบาลพังโคน.

5.Shrestha, T. M., Bhusal, L., Neupane, R . R., Ghimire, R., & Prasad, P . N. 2021). Risk Factors Associated with Mortality among Chronic Kidney Disease Patients on Regular Hemodialysis Presenting in Emergency Services. From: https://www.jelsciences.com/articles/jbres1178.pdf

6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. จาก: https://www.nephrothai.org

7. เวชระเบียนโรงพยาบาลพังโคน. (2567). รายงานผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังปี 2567. โรงพยาบาลพังโคน.

8. ธิติวุฒิ หู. (2566). โซเดียมมีอยู่ทั่วไปในอาหาร ลดโซเดียม ลดเค็มลดโรค.https://www.phyathai.com/th/ article/4116

9.ผ่องพรรณ ทานาคม. (2564). อาหารผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ควรรับประทานอย่างไร จึงปลอดภัย ไม่น่าเบื่อ. https://www.praram9.com/food-for-ckd-patients/

10.Ramakrishnan, N., & Shankar, B. (2020). Nutrition Support in Critically Ill Patients with AKI. Indian J Crit Care Med. 24(3):S135-S139

11. อภิรดี เวียงแก้ว. (2568). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในชุมชน โดยการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชนม 10(4), 361 - 372

12. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. (2568). อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. จาก:

https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/food-for-kidney

13.ศศิกานต์ ซองทุมมินทร์. (2566). ผลของโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.สต. บ้านแสนพัน ตำบลลุ่มจาน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16(1). 14-24.

14. Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). The Health Belief Model of Behavior Change. From: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/

15. สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย (2562). ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู.
จาก: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/SB_Journal/article/view/150099/121382.

16. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

THE MODEL DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION FOR ELDERLY BY APPLYING THE LOCAL WISDOM PARTICIPATION IN COMMUNITY.

(Received: April 5,2026 ; Revised: April 10,2026 ; Accepted: April 14,2026)

ปุญญาพร พูลบวรรักษ์[1] วราภรณ์ จันทร์เวียง[2]
Poonyaporn Poolborwornrak[1] , Waraporn Chanwiang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired sample t-test และ independence sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ภูมิปัญญาท้องถิ่น

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design to develop and evaluate a health promotion model for older adults through the participatory application of local wisdom in the community. The study was conducted in Nasiao Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province, Thailand. The sample consisted of 60 older adults from Nafai Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province. Participants were randomly assigned into an experimental group and a control group, with 30 individuals in each group, using simple random sampling. The experimental group participated in a health promotion model that integrated participatory local wisdom–based activities, while the control group received routine care. Data were collected using a structured questionnaire. Statistical analyses included percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test, and independent sample t-test.

The results revealed that after the implementation of the health promotion model, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores of health-promoting behaviors than the control group ($p < 0.01$). The overall quality of life of older adults in both groups was at a moderate level. However, following the intervention, the quality of life scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < 0.01$).

Keywords: Health promotion, Elderly, Local wisdom,

[1] สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
[2] สาขาวิชาอุตสาหการและโลจิสติกส์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
Corresponding author E-mail: poonyaporn.p@cpru.ac.th

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นและส่งผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นกว่าศตวรรษก่อนหน้านี้ สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย คาดว่าในปี 2565 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.30 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 ต่อปี คิดเป็น 400,000 คนต่อปี จากการประเมินผลตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (ปี2559-2564) ในช่วง 5 ปีแรก พบว่า ปัญหาด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สุงอายุ ร้อยละ 3.8 มีผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 6.8 แสนคน และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง จำนวน 46,779 คน และร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดผู้ดูแลต้องเป็นภาระของครอบครัวและชุมชน[1] ปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุในประเทศไทย คือภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง ในปี 2564 ผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 58.60 โดยการเป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 55.70 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 58.60 ในปี 2564 โดยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 75.90 กลุ่มโรคเบาหวานและความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และเมตะบอลิซึม ร้อยละ 35.90 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.20[2] ดังนั้น จากสภาพการณ์ของกลุ่มเปราะบางในสังคมไทยที่เป็นผู้สูงอายุมีปริมาณสูงขึ้น จำเป็นที่องค์กรภาครัฐ และภาคส่วนต่าง ๆ จะต้องร่วมมือในการวางแผนเตรียมการสร้างความพร้อม ในการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย แต่ทว่าปัจจุบันศักยภาพของกลุ่มคนและชุมชนมีความแตกต่างไม่เท่ากัน กลุ่มผู้สูงอายุมีประสบการณ์การใช้ชีวิตและมีทักษะองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาที่จะใช้ฐานของการเรียนรู้ไม่เท่าทัน ส่งผลให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมด้วย

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจตามวัย ซึ่งส่งผลให้มีปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและหลากหลาย ความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีลักษณะเฉพาะที่ควรได้รับความสนใจจากครอบครัว และสังคม[3] ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยไม่เหมาะสม เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เหมาะสม มีความเครียดจากการเจ็บป่วยหรือปัญหาในครอบครัว ขาดการออกกำลังกาย เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีเงินในการรักษา และขาดการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลานและบุคคลอื่นในสังคม[4] การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล การที่บุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะทำให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การได้รับความรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ส่งผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสามารถในการเคลื่อนไหวดีขึ้น[5] การสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนคือการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนา สุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น มุ่งเน้นการใช้กลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของ ประชาชนให้ดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีสุขภาพดีและมีความสุข[6] การสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพแก่ประชาชนในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ทางการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อม

ความรู้ วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดภาวะสุขภาพดี การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทสำคัญร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน[7]

จากรายงานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.83 , 19.65 และ 20.35 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลนาเสียวปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 1,939 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ของประชากรทั้งหมด และข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสขภาพตำบลนาเสียว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบประชาชนตำบลนาเสียว พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 65 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคที่พบมาก 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และโรคเบาหวาน นอกจากนี้พบผู้สูงอายุมีภาวะโรคอ้วน ร้อยละ 9.2[8] จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารรสเค็มจัดและขนมหวานเป็นประจำ ไม่ได้มีการออกกำลังกายที่ชัดเจนและปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง มีพฤติกรรมให้ความสำคัญกับการรักษาโรคมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนละเลยการดูแลสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด และจากข้อมูลทางเศรษฐกิจของตำบล นาเสียว ประชาชนส่วนใหญ่นิยมปลูกพืชสมุนไพร ผักพื้นบ้าน เพื่อใช้ในการบริโภค การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมและสืบทอดกันมาเป็นเวลานาน ด้วยการสร้างความเข้าใจและการสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับแกนนำกลุ่มต่างๆ ร่วมกับการประสานเครือข่ายระหว่างกลุ่มแกนนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ครอบคลุมด้านการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายความเครียด ผ่านการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest design) เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งมีระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 1,939 คน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อใช้ในการทดสอบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ที่อิสระต่อกัน (two dependent means) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (Effect Size) ที่ 0.80 ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80[9] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสูญหาย ระหว่างการวิจัยผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง เป็นร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้แผนการทดลองแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test-Post-test group design) แบบลักษณะของประชากรทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในด้านของข้อมูลพื้นฐาน เช่น อาชีพ อายุ รายได้ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้ 2)ไม่มีภาวะทุพพลภาพทางร่างกาย จิตใจ และ สติปัญญา 3)เป็นผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมได้ครบทุกครั้ง และมีเกณฑ์ออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1)มีปัญหาทางด้านสุขภาพมีภาวะเจ็บป่วย 2)ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมได้ทุกครั้ง 3)กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจหรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาทดลอง 16 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1, 2 : 1)แนะนำรายละเอียดโครงการและการดำเนินกิจกรรมตลอดช่วงระยะเวลาทดลอง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนการทดลอง 2)กิจกรรมการให้ความรู้อาหารพื้นบ้านในท้องถิ่นที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ผักพื้นบ้าน พืชสมุนไพร น้ำสมุนไพร ผลไม้ไทย ที่มีอยู่ในชุมชน แนะนำวิธีการทำเมนูอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ คุณค่าด้านโภชนาการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3, 4 : 1)การทำลูกประคบสมุนไพร โดยนำสมุนไพรที่มีอยู่ในชุมชน นำมาเรียนรู้ในการทำลูกประคบด้วยสมุนไพรได้เกิดการเรียนรู้แหล่งที่เป็นประโยชน์จากสมุนไพรในชุมชน 2)การประคบสมุนไพร ประกอบด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการใช้ลูกประคบสมุนไพรภายในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการสลับการเป็นผู้ปฏิบัติและหุ่นทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5, 7, 9, 11, 13, 15 : การออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ผ้าขาวม้า การออกแบบกิจกรรมท่าทางและการเคลื่อนไหวการออกกำลังกายแบบประยุกต์ตามภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยการนำเอาวัสดุอุปกรณ์ตามภูมิปัญญาไทยที่ใกล้ตัว นำมาประยุกต์เป็นท่าทางในการออกกำลังกาย เช่น ผ้าขาวม้า ซึ่งมีข้อดี คือ หาได้ง่าย สะดวก เหมาะสมกับทุกวัย และไม่เป็นอันตราย ได้แก่ ท่าบิดผ้า ท่าชูผ้าย่ำเท้า ท่ากางแขนบิดลำตัว ท่าชูผ้าเอียงข้าง และท่าชูผ้ายกเข่า ใช้เวลาออกกำลังกายครั้งละ 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5-16 : การบริหารร่างกายแบบไทย ท่าฤาษีดัดตน ท่าฤาษีดัดตนเป็นวิธีการบริหารร่างกายที่เป็นภูมิปัญญาไทย ฝึกการหายใจและฝึกสมาธิ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนและให้ฝึกด้วยตนเองที่บ้านตามโปสเตอร์ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และ โรคประจำตัว เป็นต้น จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบเพียงข้อเดียว แบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน การแบ่งเกณฑ์การคิดคะแนน ตามวิธีการของ Best สรุปผลได้เป็น 2 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[10] ได้แปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การการอนามัยโลก 100 ข้อ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะข้อคำถามเป็นระดับคะแนน (Likert's scale) มีมาตรวัด 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ข้อความทางบวก 23 ข้อ กำหนดน้ำหนักคะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน ไม่เลยให้ 1 คะแนน กลุ่มที่ 2 ข้อความทางลบ 3 ข้อ กำหนดน้ำหนักคะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 1 คะแนน มากให้ 2 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 4 คะแนน ไม่เลยให้ 5 คะแนน การแปลผล คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม มีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าตำราเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดขอบเขตของเนื้อหา สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเรื่องที่ต้องการศึกษา 3) หาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 - 1.00 ขึ้นไป จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชนของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ หนังสือรับรองเลขที่ HE 67-2-033 ลงวันที่ 7 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.66 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.33 และและกลุ่มควบคุม 80.00 สถานภาพคู่ส่วนใหญ่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.66 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.66 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.66 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.66 อาชีพส่วนใหญ่ทำไร่ทำนาทำสวน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.33 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.00 ผู้สูงอายุมีรายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.66 และกลุ่มควบคุม

ร้อยละ 36.66 การพักอาศัยส่วนใหญ่อยู่สามีหรือภรรยา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.33 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.66 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.00

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง		n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	1.84	0.42	-0.80	< 0.082
		กลุ่มควบคุม	30	2.04	0.26		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.43	0.23	4.02	< 0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	2.04	0.24		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง Mean = 91.80, S.D. = 7.82; กลุ่มควบคุม Mean = 56.45 , S.D. = 4.31) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 93.33, 80.00) ด้านจิตใจ กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 73.33, 86.67) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 83.33, 90.00) และด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 63.33, 66.67)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มตัวอย่าง		n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	57.14	4.42	4.80	< 0.075
		กลุ่มควบคุม	30	55.86	4.34		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	91.80	7.82	24.96	< 0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	56.45	4.31		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยมีกิจกรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักร่วมกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การประคบสมุนไพร และด้านการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น โดยเฉพาะการได้เข้ากลุ่มฝึกออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้าและการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบผสมผสานจิตกับกาย ช่วยทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุข สนุกสนาน มีสมาธิเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการชื่นชมให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่า ศักยภาพ และรับผิดชอบหลักด้านการดูแลตนเองควบคู่กับการให้คุณค่าพลังจิตอาสาด้านการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดการรวมพลังเพื่อดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] รวมถึงการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมองค์ประกอบหลักของวิถีชีวิตทั้งด้านการบริโภคอาหาร การประคบสมุนไพร การออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสุขภาพดีนำไปสู่ความสุข[12] สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เอกวรางกูร และคณะ พัฒนาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลท่าขึ้น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้มี 3 ลักษณะ คือ 1) ระดับบุคคล ได้แก่ ผ้าขาวม้านวดกาย ผักพื้นบ้านอาหารเฉพาะโรค 2) ระดับกลุ่ม ได้แก่ ความรู้นิทานผ่านเสียงตามสาย รำวงเวียนครกบิค เซียมซีสร้างสุข และ 3) การสร้างความสัมพันธ์ ได้แก่ บีบนวดด้วยสื่อสะกดจุด บุตรหลานดูแลผู้สูงวัย ปฏิทินสร้างสุข นิทานพื้นบ้าน เพลงกล่อมเด็ก กะลาลูกรอกออกกำลังกาย ผลการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองและกลุ่มเพื่อน มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปในแนวทางที่มีความสุขเพิ่มขึ้น[13] หลังการทดลองจากการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามวิถีชีวิตปกติ โดยไม่ได้ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเหมือนกับกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยใช้วัดเป็นฐาน ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05)[14] และการศึกษาของพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ และคณะ ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี พบว่า หลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพด้านสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงในชีวิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01)[15] กระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและความสุขให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมครอบคลุมองค์ประกอบหลักของวิถีชีวิตทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสุขภาพดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมีเนื้อหาที่เน้นการส่งเสริม สนับสนุนและเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเอง มุ่งเน้นทางเลือกที่หลากหลายทั้งการสร้างเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง การรวมกลุ่ม และการสร้างเสริมความผูกพันระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว การกระตุ้นจากบุตรหลานและคนรอบข้างในการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข เพลิดเพลิน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจจากการได้ดูแลและการได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ครอบครัว คนรอบข้าง และชุมชนผ่านกระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพจนก่อให้เกิดเป็นความสุข[16, 17] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนิษฐ์ โง้วศิริ และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายและการออกกำาลังกายเพิ่มขึ้น มีความดันโลหิตลดลง มีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อและข้อกระดูกหัวไหล่ดีขึ้น มีความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสิ่งแวดล้อมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05[18] และการศึกษาของ กฤตเมธ อัตภูมิ และคณะ ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานบ้านดงสวนพัฒนา ตำบลนาทัน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยผ่านกระบวนการ DHML พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนการทดลองมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI = 7.16 to 11.23 , P-value < 0.001)[19] และการศึกษาของ จิรภา วิลาวรรณและคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01[20] ดังนั้น การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปลี่ยนไปในแนวทางที่เหมาะสมขึ้น นอกจากนี้การทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวทางการดูแลสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ โดยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ มีความหลากหลายและเกิดประโยชน์เป็นวงกว้างมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการพัฒนากิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีลักษณะ

สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและแต่ละภาวะสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความเมตตา ช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การวิจัยในครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถิติผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2566.

2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ:สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม 2564.

3.ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง.(2565). การดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป. วารสาร วิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565;2(1); 86-96.

4.กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี.(2563). การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563;2(2), 41-52.

5.Leszczynska, A., Daniszewska, B., Pruszynska, M., and Przedborska, A.(2016). Effect of a health improvement programme on quality of life in elderly people after fall. Polish Annals of Medicine, 2016;23(2), 129-134.

6.World Health Organization.(2016). Promoting health in the SDGs. Geneva: Author 2016.

7.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง 2558.

8.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว.(2566). ข้อมูลและสถิติผู้สูงอายุ. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว 2566.

9.Cohen, Jacob.(2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge, 2013.

10. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ.(2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.

11. Walsh, K., & O'Shea, E.(2008). Responding to rural social care needs: Older people empowering themselves, others and their community. Health & Place, 2008;14(4), 795-805.

12. Stahl, T., Rutten,A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., et al.(2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle - results from an international study. Social Science and Medicine, 2001;52(1), 1-10

13. สายฝน เอกวรางกูร นัยนา หนูนิล อรทัย นนทเภท และอุษา น่วมเพชร.(2561). การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาล 2561;67(2), 18-26.

14. ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม, บุษกร สุวรรณรงค์, สนธยา ไสยสาลี, สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ และจุฑามาศ เจียมสาธิต.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยใช้วัดเป็นฐาน. วารสารการแพทย์และการสาธารณสุขเขต 4. 2568;15(2): 123-134.

15. พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัษฎาวัลย์ โพธิขันธ์, วาสนา ธัญญโชติ และปิ่นนเรศ กาศอุดม.(2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29.

16. หงษ์ บันเทิงสุข.(2560). ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านพิธีกรรมและความเชื่อในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2560;6(2), 30-42.

17. Vogelsang, E. M.(2016). Older adult social participation and its relationship with health: Rural-urban differences. Health & Place, 2016;42, 111-119.
18. กนิษฐ์ โง้วศิริ, กันยา นภาพงษ์ และวิภากร สอนสนาม.(2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ 2563;21(3), 418-431.
19. กฤตเมธ อัตภูมิ, มนชยา พรมศรี และพล ทองสถิตย์.(2559). รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงสวนพัฒนา ตำบลนาทัน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานการวิจัย: กระทรวงสาธารณสุข 2559.
20. จิรภา วิลาวรรณ, จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์, ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์, ยุวดี บุญเนาว์ และพัทรินทร์ บุญเสริม.(2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15(1): 181-195.

ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

Effects of a Perceived Self-Efficacy Development Program on Dietary Consumption Behaviors for Hypertensive Prevention Among Village Health Volunteers at Si Chomphu District, Khon Kaen Province.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

บุษราภรณ์ ศรีสงค์[1] วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล[2] และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[2]
Bussarapron Srisong[1] Warinee Iemsawasdikul[2] and Chuenjit Potisubsuk[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร พฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปี ขึ้นไป มีความดันโลหิต 120/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท เลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งามด้วยการสุ่มอย่างง่าย เลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดง โดยการจับคู่ให้มีเพศเดียวกันและอายุใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถาม 2) แอปพลิเคชันไลน์ 3) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ 4) แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 5) เครื่องวัดความเค็ม 6) เครื่องวัดความดันโลหิต 7) เครื่องชั่งน้ำหนัก และ 8) สายวัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติทดสอบวิลคอกซันซายน์แรงค์ สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบแอนโควา

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทาง

คำสำคัญ: โปรแกรม การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมบริโภคอาหาร ความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare self-efficacy in dietary consumption, outcome expectations of dietary consumption, hypertensive prevention dietary consumption behaviors, and health status; included blood pressure, body weight, and waist circumference of the experimental group before and after the experiment, and between the experimental group and the comparison group after experiment. The sample consisted of hypertension risk village health volunteers, aged 35 yrs. and older, who had blood pressure 120/80-139/89 mm.Hg. The experimental group were selected from Ban Khok Mai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital who had characteristics within the inclusion criteria by simple random sampling, and comparison group were selected from Nong Daeng Subdistrict Health Promoting Hospital with similar sex and age, 31 persons in each group. The data collection tools were 1) a questionnaire 2) the LINE application, 3) a health status record form, 4) a dietary consumption record form

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Corresponding Author: warineei@yahoo.com

5) a Saltmeter. 6) a Sphygmomanometer; 7) a weighing scale; and 8) a tape. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Wilcoxson signed ranks test, Mann-Whitney U test and ANCOVA test.

The results found as follows: after the experiment, the scores of perceived self-efficacy and outcome expectations of dietary consumption, and hypertensive prevention dietary behaviors of the experimental group were significantly higher than before the experiment and the comparison group, blood pressure were significantly lower than before the experiment and the comparison group, and body weight was significantly lower than before the experiment ($p < .05$).

Keywords: Program, Perceived self-efficacy, Dietary consumption behavior, Hypertension, Village health volunteers, Risk group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและประเทศ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนประมาณหนึ่งพันล้านคน เสียชีวิตปีละ 9.40 ล้านคน คาดการณ์ว่าอัตราความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนภายใน พ.ศ. 2568 โดยสองในสามอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] ในประเทศไทยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 ในพ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.40 ในพ.ศ. 2562-2563 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2564) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 12,067.70 เป็น 14,618.00 ต่อแสนประชากร ส่งผลให้ประเทศสูญเสียค่ารักษาพยาบาลประมาณ 79,263 ล้านบาทต่อปี[2,3] สถานการณ์ในจังหวัดขอนแก่นและอำเภอสีชมพูมีลักษณะเช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศ โดยเฉพาะตำบลศรีสุข อำเภอสีชมพู มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 16,387.30 เป็น 16,916.96 ต่อแสนประชากร ระหว่าง พ.ศ. 2565-2567 และมีกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 4,844.29, เป็น 7,490.37 ต่อแสนประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน[4] การตรวจสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอสีชมพูจำนวน 1,545 คน พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจำนวน 542 คน คิดเป็นร้อยละ 35.08[5] จึงมีความจำเป็นที่จะต้องลดกลุ่มเสี่ยงให้น้อยลง โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหาร เนื่องจากการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลศรีสุข จำนวน 10 คน พบพฤติกรรมเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ รับประทานอาหารมัน ร้อยละ 90 เติมเครื่องปรุงขณะรับประทานอาหาร ร้อยละ 90 รับประทานอาหารรสเค็ม ร้อยละ 80 ดื่มชา/กาแฟ ร้อยละ 80 รับประทานอาหารหวาน ร้อยละ 60 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 60 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 40[6] การบริโภคอาหารมันส่งผลให้ไขมันในเลือดสูงเลือดหนืดขึ้น หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น[8,9] ทำให้ความดันโลหิตสูง[9] การเติมเครื่องปรุงและรับประทานอาหารเค็มทำให้ได้รับโซเดียมสูง กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแนทรียูเรติก และกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น[(7,8)] การดื่มกาแฟ 3 แก้ว เพิ่มระดับความดันโลหิต 3-4 มิลลิเมตรปรอท ชาทำให้ระดับความดันโลหิตสูงกว่าการดื่มกาแฟ[7] การรับประทานอาหารหวานทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงขึ้น น้ำตาลส่วนเกินถูกเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมัน เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจนนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการออกซิเดชั่นของไขมันและกระตุ้นต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนที่เพิ่มความดันโลหิต[7,8,9] การสูบบุหรี่ทำลายผนังหลอดเลือดและกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว[10] ความดันโลหิตสูงขึ้น การ

บริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจึงช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

การพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self–Efficacy theory) ของแบนดูรา เนื่องจากการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลสูงต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นตัวทำนายการคงอยู่หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมาก บุคคลนั้นจะมีความคิดริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมและปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการศึกษาของปิยธิดา ขวัญลอย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[6]

โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 ประการ[11] ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยการชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตผ่านการเรียนรู้เชิงรุก การให้ความรู้/คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 2) ประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบสาธิตพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และตัวแบบด้านบวกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทบทวนความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และมีส่วนร่วมในการสร้างเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดความดันโลหิต (4) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ โดยการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้กลุ่มทดลองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเองที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง แล้วแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลและให้คำแนะนำประชาชนและกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นตัวแบบที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัวและประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อชุมชน จำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตได้ในระยะยาวและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

2. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two-group pretest-posttest design) สถานที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาดำเนินการทดลอง ตั้งแต่ เดือน กันยายน 2568 ถึง เดือน ตุลาคม 2568 ทั้งหมด 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 542 คน[5]

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อไม่ให้มีผลต่ออำนาจการทดสอบ[14] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน คัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม ด้วยการสุ่มอย่างง่าย หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดง โดยจับคู่ให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 3 ปี กลุ่มละ 31 คน

เครื่องมือวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ (1) โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 ประการ ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างโดยการชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านการเรียนรู้เชิงรุก ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ลงมือทำ และใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์กับสิ่งที่ทำลงไป ผู้สอนเป็นผู้แนะนำ กระตุ้น หรืออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการคิดขั้นสูง ผู้เรียนมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการประเมินค่าจากสิ่งที่ได้จากกิจกรรมการเรียนรู้ และการให้ความรู้/คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 2) ประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และตัวแบบด้านบวกมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดย

ให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจนประสบความสำเร็จภายใต้การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้วิจัย ทบทวนความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการสร้างเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดความดันโลหิต เพื่อสร้างความมั่นใจในการเตรียมอาหารด้วยตัวเอง และ 4) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ โดยการกระตุ้นทางอารมณ์ให้กลุ่มทดลองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก เส้นรอบเอว และความรู้สึกดี ๆ ของตนเองที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง นำเสนอในกลุ่มไลน์ ให้สมาชิกในกลุ่มกล่าวชื่นชมผู้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยใช้ข้อความเป็นคำพูดและสติกเกอร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กล่าวชื่นชมผู้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ (2) แอปพลิเคชันไลน์ (3) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ (4) แบบบันทึกการรับประทานอาหาร และ (5) เครื่องวัดความเค็ม

2) เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามด้านบวกแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้ 5-1 คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 28 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านบวก จำนวน 18 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง/เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย พฤติกรรมทางบวกให้คะแนน 5-1 คะแนน พฤติกรรมทางลบคะแนน 1-5 คะแนน และแปลผลระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง สูงมาก 3.50-4.49 หมายถึง สูง 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง น้อย 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด (2) เครื่องวัดความดันโลหิต (3) เครื่องชั่งน้ำหนัก และ (4) สายวัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย หาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-3 เท่ากัน[15] คือ 1 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .92, .93 และ .79 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ วิทยากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ให้เชิญชวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มอย่างง่ายและเลือกกลุ่มเปรียบเทียบให้คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต บันทึกในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ และให้ตอบแบบสอบถาม

2. ระยะทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ณ

ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 ประการ 1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยการชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านการเรียนรู้เชิงรุก ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ลงมือทำ และใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์กับสิ่งที่ทำลงไป ผู้สอนเป็นผู้แนะนำ กระตุ้น หรืออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการคิดขั้นสูง ผู้เรียนมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการประเมินค่าจากสิ่งที่ได้จากกิจกรรมการเรียนรู้และการให้ความรู้/คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 2) ประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และตัวแบบด้านบวกมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจนประสบความสำเร็จภายใต้การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้วิจัย ทบทวนความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการสร้างเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดความดันโลหิต เพื่อสร้างความมั่นใจในการเตรียมอาหารด้วยตัวเอง และ 4) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ โดยการกระตุ้นทางอารมณ์ให้กลุ่มทดลองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก เส้นรอบเอว และความรู้สึกดี ๆ ของตนเองที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง นำเสนอในกลุ่มไลน์ ให้สมาชิกในกลุ่มกล่าวชื่นชมผู้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยใช้ข้อความเป็นคำพูดและสติกเกอร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กล่าวชื่นชมผู้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 2-7 จัดกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง (2) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ และนัดหมายเก็บข้อมูลหลังทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8

3. ระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลหลังทดลอง อภิปรายและซักถามปัญหาพฤติกรรมบริโภคอาหาร สรุปผลการพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กล่าวขอบคุณ ใช้เวลา 30 นาที กลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลหลังทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต บันทึกในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ และแจกแบบสอบถามให้ตอบ ใช้เวลา 30 นาที ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อภิปรายและซักถามปัญหาพฤติกรรมบริโภคอาหาร กล่าวขอบคุณ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบข้อสมมุติเบื้องต้นก่อนวิเคราะห์ข้อมูลและใช้สถิติ ดังนี้ สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สำหรับตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ สถิติทดสอบวิลคอกสันซายน์แรงค์และสถิติทดสอบแมนวิทนีย์ สำหรับตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ และสถิติทดสอบแอนโควาสำหรับตัวแปรที่มีความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 13/2568 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน ยกเว้นระดับการศึกษา ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.71 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 74.20 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.42 มีอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 29.03 อายุเฉลี่ย 49.51 ปี (S.D. = 7.07) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.07 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.39 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 41.95 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 58.06 มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประหมู่บ้าน ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 38.71 เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.10 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.84 ไม่เคยสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 80.65 ดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว ร้อยละ 45.16 ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 2-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 32.26 มีส่วนสูง 151-160 ซม. ร้อยละ 61.29 มีดัชนีมวลกายก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปกติและระดับน้ำหนักเกินเท่ากัน ร้อยละ 29.03 ดัชนีมวลกายหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 38.71 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 25.99 กก./ตร.ม. (S.D.=5.43) และ 24.93 กก./ตร.ม. (S.D. = 5.79) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.42 มีอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 35.48 อายุเฉลี่ย 49.90 ปี (S.D. = 6.37) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.51 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.07 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 48.39 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.16 มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประหมู่บ้าน ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 35.49 เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.78 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.84 ไม่เคยสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 83.88 ดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 35.49 ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 2-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 74.20 มีส่วนสูง 151-160 ซม. ร้อยละ 64.51 มีดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน ร้อยละ 41.95 และอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 41.95 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 26.11 กก./ตร.ม. (S.D. = 3.85) และ 25.96 กก./ตร.ม. (S.D. = 3.78) ตามลำดับ

2. ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันความดันโลหิตสูง

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงและสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงและสูงมาก และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูงเท่ากัน มีพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความแตกต่างของภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้ำหนัก และเส้นรอบเอว

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปกติ มีน้ำหนักเฉลี่ย 63.73 กิโลกรัม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีน้ำหนักเฉลี่ย 65.06 กิโลกรัม มีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.65 เซนติเมตร ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.93 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับปกติและเหมาะสม มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 63.73 กิโลกรัม และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.65 เซนติเมตร ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่มีน้ำหนักเฉลี่ย 66.35 กิโลกรัม และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 86.58 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงและสูงมาก และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา ประกอบด้วย กิจกรรม 1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยการชักจูงด้วยคำพูด ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านการเรียนรู้เชิงรุก แบบแลกเปลี่ยนความคิด แบบร่วมมือ แบบทบทวนโดยผู้เรียน แบบเกม แบบกรณีศึกษา และแบบเขียนบันทึก ร่วมกับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ลงมือทำ และใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์กับสิ่งที่ทำลงไป 2) ประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการใช้ตัวแบบสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และให้ตัวแบบด้านบวกซึ่งเคยเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติได้จนประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกัน และให้กลุ่มทดลองทบทวนความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดผ่านการสังเกต ดู ซักถาม อภิปรายผล และสรุปผลการเรียนรู้ เข้าใจในสิ่งที่เรียนได้ดี เกิดทักษะและการเรียนรู้ ลดความเบื่อหน่าย และสร้างความตื่นตัว เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ความสามารถตนเองในการแสดงพฤติกรรม 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจนประสบความสำเร็จภายใต้การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้วิจัย และให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการสร้างเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดความดันโลหิต เพื่อสร้างความมั่นใจในการเตรียมอาหารด้วยตัวเอง เนื่องจากการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้ฝึกได้รับประสบการณ์ตรง เห็นสิ่งที่เรียนรู้เป็นรูปธรรม เกิดความเข้าใจและจดจำได้ดี และ 4) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ โดยจัดให้มีการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้กลุ่มทดลองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก เส้นรอบเอว และความรู้สึกดี ๆ ของตนเองที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง นำเสนอในไลน์กลุ่ม ให้สมาชิกในกลุ่มกล่าวชื่นชมผู้ประสบ

ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กล่าวชื่นชมผู้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, และวราภรณ์ บุญเชียง[16] ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของจิรัชยา สุวินทรากร, สุรินธร กลัมพากร, และทัศนีย์ รวิวรกุล[17] ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของของลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[12] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของกิรณานันท์ สนธิธรรม และสมเสาวนุช จมูศรี[18] พบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงก่อนความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงก่อนความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ความแตกต่างของพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จึงมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงและสูงมาก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยแนวคิดของ Bandura ระบุว่าการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นปัจจัยกำหนดการตัดสินใจและความคงอยู่ของพฤติกรรม หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและเชื่อว่าการปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ย่อมมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค[11] ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์สูงขึ้น จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลำพูล ศรีสังข์รัตน์ และคณะ และปิยธิดา ขวัญลอย ที่รายงานผลในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญ .05[12,13]

3. ความแตกต่างของภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในระดับเหมาะสม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปกติ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปกติ และมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปกติ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับเหมาะสม มีน้ำหนักเฉลี่ย 63.73 กิโลกรัม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีน้ำหนักเฉลี่ย 65.06 กิโลกรัม แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีน้ำหนักเฉลี่ย 66.35 กิโลกรัม มีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.65 เซนติเมตร ไม่แตกต่าง

จากก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.93 เซนติเมตร และไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 86.59 เซนติเมตร เป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหาร อยู่ในระดับสูงและสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีผลต่อความดันโลหิตซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ งดรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหาร/ขนมที่มีผงฟู อาหารเค็มหรือโซเดียมสูง เติมเครื่องปรุง โซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำทำให้เพิ่มปริมาณเลือดเกิดแรงดันต่อผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การลดบริโภคอาหารเค็มหรือโซเดียมสูงจึงส่งผลให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 3.5 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 2.1 มิลลิเมตรปรอท[19] รับประทานผักครบ 5 สี และมีโพแทสเซียมสูง ทำให้ได้รับวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียม และแมกนีเซียมช่วยควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกให้ลดลงได้ 3.84 และ 1.48 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ[20] รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลอาหารทอดและใช้น้ำมัน อาหารที่มีไขมันทรานส์น้อยลง การลดบริโภคอาหารที่มีไขมันทำให้ไขมันในเลือดไม่สูง การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลง[21] พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีผลต่อน้ำหนักตัวอยู่ระดับสูงมาก ได้แก่ รับประทานข้าว/ธัญพืชไม่ขัดสี รับประทานน้ำตาลน้อยกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน หลีกเลี่ยงขนมหวาน ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ รับประทานถั่วและเมล็ดพืช อาหารประเภทถั่วหรือผลิตภัณฑ์จากถั่ว ดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำหรือนมพร่องมันเนย รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอล อาหารทอดและใช้น้ำมัน อาหารที่มีไขมันทรานส์น้อยลง ส่งผลให้น้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเส้นรอบเอวไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และมิได้เน้นพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยทั่วไปการลดขนาดของเส้นรอบเอวให้ได้ผลต้องมีการควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดและออกกำลังกายอย่างหนัก[22,23] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[12] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ และการศึกษาของจริยา กฤติยาวรรณ และยุพาวดี แซ่เตีย[24] พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้พัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครในอำเภอใกล้เคียง โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชน

2. ควรบรรจุโปรแกรมไว้ในกิจกรรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) สามารถใช้เป็นกิจกรรมอบรมประจำปี ช่วยให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจเรื่องอาหารลดโซเดียม ไขมันอิ่มตัว และเทคนิคสื่อสารกับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะยาว โดยติดตามผล 3–6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขยังคงอยู่หรือไม่ และส่งผลต่อระดับความดันโลหิตจริงหรือไม่

2. ศึกษาการเพิ่มองค์ประกอบเชิงการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทดลองให้ผู้นำชุมชน ร้านอาหาร ผู้สูงอายุ เข้าร่วมออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมอาหารลดเค็มอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). Global status report on noncommunicable diseases. Retrieved Apirl 25, 2022, from https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). นนทบุรี: อิโมชั่นอาร์ต.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2564. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
4. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ. (2568). สรุปผลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ประจำปี 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด: ขอนแก่น.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีชมพู. (2567). รายงานระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชนอำเภอสีชมพู ประจำปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ: สีชมพู.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม. (2567). รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม ประจำปี 2566. กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด: ขอนแก่น.
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง.
8. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 11). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
9. พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2557). โรคความดันโลหิตสูง.ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป. (หน้า 25-47). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
10. Dimitriadis et al. (2022). Acute Effects of Electronic and Tobacco Cigarette Smoking on Sympathetic Nerve Activity and Blood Pressure in Humans. Retrieved Apirl 10, 2023, from https://www.mdpi.com/1660-4601/19/6/3237.
11. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*: *The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman and Company.
12. ลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 30(3), 181-193.
13. ปิยธิดา ขวัญลอย. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสระประดู่ อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
14. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติในงานวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 70). กรุงเทพฯ: ส. เอเชียเพรส (1989).
15. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม. (2560). การทดสอบความตรงตามเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(2), 105-111.

16. สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, และวราภรณ์ บุญเชียง. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. วารสาร Thai Journal of Public Health, 51(1), 33-42.

17. จิรัชยา สุวินทรากร, สุรินธร กลัมพากร, และทัศนีย์ รวิวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาล, 68(1), 39-48.

18. กิรณานันท์ สนธิธรรม และสมเสาวนุช จมูศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงก่อนความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(2), 102-110.

19. ณัฐพล เลาหเจริญยศ. อาหารและโพแทสเซียม [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 29].
เข้าถึงได้จาก: https://sriphat.med.cmu.ac.th

20. Juraschek, S. P., Guallar, E., Appel, L. J., & Miller III, E. R. (2012). Effects of vitamin C supplementation on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American journal of clinical nutrition*, *95*(5), 1079-1088. doi: 10.3945/ajcn.111.027995. Retrieved Apirl 18, 2022, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22492364.

21. ปณิตา ลิมปะวัฒนะ บ.ก. (2559). *กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

22. Eglseer, D., Traxler, M., Embacher, S., Reiter, L., Schoufour, J. D., Weijs, P. J., ... & Bauer, S. (2023). Nutrition and exercise interventions to improve body composition for persons with overweight or obesity near retirement age: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Advances in Nutrition, 14(3), 516-538. doi:10.1016/j.advnut.2023.04.001 Retrieved Apirl 11, 2024, from https://www.sciencedirect.com/science/article /pii/S2161831323002867?via%3Dihub.

23. Jayedi, A., Soltani, S., Emadi, A., Zargar, M. S., & Najafi, A. (2024). Aerobic exercise and weight loss in adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. JAMA Network Open, 7(12), e2452185-e2452185. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.52185. Retrieved Apirl 18, 2025, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39724371/.

24. จริยา กฤติยาวรรณ และยุพาวดี แซ่เตีย. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(2) 373-382.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of an Empowerment Program on Perceived Self-Efficacy and Stroke Preventive Behaviors Among Hypertensive Patients in Ubon Ratchathani Municipality, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

เรืองศิริ เจริญพงษ์[1] วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล[2] ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[2]
Ruangsiri Jaroenpong[1] Warinee Iemsawasdikul[2] Chuenjit Potisupsuk[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินและคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และมีความดันโลหิต ≥ 140/90 มม.ปรอท คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง แล้วเลือกกลุ่มเปรียบเทียบให้มีอายุและดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล 2) สายวัด 3) แบบสอบถามผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4)แบบบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา 5)แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และ6) แบบบันทึกการเยี่ยมทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติทดสอบวิลคอกสันซายน์แรงค์ส สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบแอนโควา

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมรับประทานอาหารและรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare perceived self-efficacy in performing stroke preventive behaviors, stroke preventive behaviors, and health status of the experimental group before and after the experiment, as well as between the experimental and comparison groups after the experiment. The sample consisted of patients with hypertension aged 35–59 years, who had blood pressure ≥ 140/90 mmHg. The patients who met the inclusion criteria were selected to be an experimental group, while patients with similar age and body mass index (BMI) were selected to be a comparison group, with 30 persons in each group. The data collection tools were 1) digital sphygmomanometer, 2) measuring tape, and 3) a questionnaire 4) behavior record form 5) a home visit record form and 6) a telephone visit record form. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Wilcoxson signed ranks test, Mann-Whitney U test and ANCOVA test.

The results revealed that: after the experiment, the perceived self-efficacy in performing stroke preventive behaviors, stroke preventive behaviors, eating and medication taking behaviors of the experimental group were

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Corresponding Author: warineei@yahoo.com

significantly higher than before the experiment and the comparison group, and average systolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than before the experiment and the comparison group ($p < .05$).
Keywords: Empowerment, Perceived self-efficacy, Stroke preventive behaviors, Hypertension, Health status

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน ทุก ๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization: WSO, 2019) พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 คน เสียชีวิต 36,214 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี (กรมควบคุมโรค, 2567) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ไพรินทร์ พัสดุ และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงถูกถือว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” แต่การทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจและหลอดเลือด จะมากขึ้นอย่างช้า ๆ จนเป็นมากแล้วจึงมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแตกในสมอง เลือดที่ออกจะเบียดเนื้อสมองที่อยู่ในกะโหลกศีรษะซึ่งมีเนื้อที่จำกัด ส่วนภาวะหลอดเลือดในสมองอุดตันจะทำให้เนื้อสมองขาดเลือดจนถึงขั้นเนื้อสมองตาย ส่งผลให้เนื้อสมองบวม แรงดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะมาก มีอาการอัมพาต อัมพฤกษ์ อาจมากจนถึงแก่ชีวิตได้ หากก้อนเลือดนั้นมีขนาดใหญ่หรือสมองบวมมาก (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สถิติทั่วโลกพบประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 30-79 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน สองในสามของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ประมาณร้อยละ 46 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตนเองป่วย ร้อยละ 42 เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยและรักษา มีประมาณหนึ่งในห้า (ร้อยละ 21) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (World Health Organization: WHO, 2023) ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.40 สูงกว่าการสำรวจครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 24.70 กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ลดลงจากร้อยละ 29.70 เป็นร้อยละ 22.60 (วิชัย เอกพลากร, บ.ก., 2564) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงควรควบคุมความดันโลหิตให้เหลือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ควรควบคุมความดันโลหิตให้เหลือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเดือนพฤศจิกายน 2566-มกราคม 2567 จำนวน 377 คน จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 892 คน คิดเป็นร้อยละ 42.26 (งานเวชระเบียน คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน, 2566) สูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40) (กรมควบคุมโรค, 2567)

การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูงเร่งให้ผนังของหลอดเลือดสมองหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลงจนอุดตันทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว เซลล์สมองตาย (มุกดา ตันชัย, 2560) ทั้งยังทำให้ผนังหลอดเลือดโป่งพองเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2567) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง

ได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ส่งผลกระทบให้สูญเสียค่าใช้จ่ายและเพิ่มภาระการดูแลของครอบครัว (ณฐกร นิลเนตร, 2562) การควบคุมความดันโลหิตทำได้ด้วยการรับประทานอาหารแดช (dietary approaches to stop hypertension: DASH) โดยลดอาหาร 2 กลุ่ม ได้แก่ โซเดียม ไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล เพิ่มอาหารที่มีแร่ธาตุแคลเซียม โพแทสเซียมและแมกนีเซียม เพิ่มอาหารโปรตีนที่ดีต่อสุขภาพ เพิ่มกากใยอาหารจากธัญพืชไม่ขัดสี ผักและผลไม้ (กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยที่อาหารแดชลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท อาหารจำกัดเกลือโซเดียม น้อยกว่า 2.4 กรัม หรือโซเดียมคลอไรด์น้อยกว่า 6 กรัม ลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ มีปริมาณอาหารที่เหมาะสมช่วยควบคุมน้ำหนักให้เหมะสม น้ำหนักที่ลดลงทุก ๆ 1 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 1 มิลลิเมตรปรอท การลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 5-20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่องจะช่วยลดความดันโลหิตลงเหลือไม่เกิน 135/85 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) การวิจัยครั้งนี้จะเน้นการพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา เนื่องจากการสำรวจพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัย พบว่า มีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 60 พฤติกรรมออกกำลังกายไม่ถูกต้อง ร้อยละ 30 และพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 60 (งานเวชระเบียน คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน, 2566) นอกจากนั้นวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวอีสานยังเน้นอาหารเค็ม (สัมฤทธิ์ สุภามา และสมโชค คุณสนอง, 2556)

การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้จะใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมในการแสดงการยอมรับ ชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง เน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนมีอำนาจและควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ส่งผลให้รับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม (Gibson, 1995) พยาบาลควรเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย โดยแสดงการยอมรับ ชื่นชม ส่งเสริม พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการของตนเอง เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความรู้ ค้นหาและระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ หากลวิธีในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ประกอบกับการศึกษาของวรดา ทองสุก, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ และปิ่นหทัย สุภเมธาพร (2562) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง เมื่อบุคคลมีความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะมีการตอบสนองด้าน

อารมณ์ (emotional responses) ด้านการรู้คิด (cognitive response) และด้านพฤติกรรม (behavioral response) ตระหนักถึงสภาพปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่า ปัญหาทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการทบทวนปัญหาอย่างรอบคอบ โดยประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีวิจารณญาณ นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดี ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้นในการเผชิญกับปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) โดยการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด สามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นที่ยอมรับและบุคคลอื่นสามารถนำไปใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ (holding on) ช่วยให้รู้สึกมั่นใจ รู้ถึงศักยภาพ และความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่ให้เกิดอันตรายทั้งต่อสุขภาพร่างกายของตนเองและต่อสังคม (harm reduction) มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดผลดีกับสุขภาพของตนเอง (Gibson, 1995)

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความดันโลหิต ปัญหาและพฤติกรรมที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหาที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้องและแนวทางการแก้ปัญหา ให้ตัวแบบด้านบวกมาบอกเล่าความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิตและผู้ป่วยฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง และให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณถึงพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่เหมาะสม ทำข้อตกลงและพันธะสัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และนำพฤติกรรมไปปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาตามพันธะสัญญาที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้องต่อเนื่อง ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ความดันโลหิต น้ำหนัก และรอบเอวลดลง ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหารและยาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของกลุ่มทดลอง

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหารและยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก เส้นรอบเอว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความดันโลหิต ≥ 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันมากกว่าสองครั้งของการมาตรวจตามนัด จำนวน 377 คน (งานเวชระเบียน คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน, 2566)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินและคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความดันโลหิต ≥ 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันมากกว่าสองครั้งของการมาตรวจตามนัด จำนวน 60 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ระดับ .90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของวิยะการ แสงหัวช้าง วิไลวรรณ แสงธรรม และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ (2560) ขนาดใหญ่ = .80 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนเบ็ญจะมะ 3 และเบ็ญจะมะ 4 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ชุมชนละ15 คน เป็นกลุ่มทดลอง และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนวัดเลียบ 1 และชุมชนวัดเลียบ 3 ชุมชนละ 15 คน ให้มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และดัชนีมวลกายไม่เกิน1.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) โดยดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความดันโลหิต ปัญหาและพฤติกรรมที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.1.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหาที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้องและแนวทางการแก้ปัญหา ให้ตัวแบบด้านบวกบอกเล่าความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิตและผู้ป่วยฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้องและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณถึงพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.1.3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่เหมาะสม ทำข้อตกลงและพันธะสัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และนำพฤติกรรมไปปฏิบัติ

1.1.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาตามพันธะสัญญาที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง

1.2 แบบบันทึก 3 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหารและยา แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (สำหรับ อสม.) แบบบันทึกการเยี่ยมทางโทรศัพท์ (สำหรับผู้วิจัย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุดถึงน้อยที่สุด จำนวน 18 ข้อ ให้คะแนน 5-1 คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มี 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหาร 17 ข้อ และพฤติกรรมรับประทานยา 12 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านบวกทุกข้อ ทั้งหมด จำนวน 29 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ **ปฏิบัติ** 7 วันต่อสัปดาห์ ถึงไม่ปฏิบัติ ให้คำแนน 5-1 คะแนน แปลผลคะแนนการับรู้ญและพฤติกรรมป้องกันโรคลหอดเลือดสมอง จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนี้ คะแนน 4.50-5.00 สูงมาก คะแนน 3.50-4.49 สูง คะแนน 2.50-3.49 ปานกลาง คะแนน 1.50-2.49 ต่ำ คะแนน 1.00-1.49 ต่ำมากแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .83 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านรับประทานอาหาร เท่ากับ .94 และรับประทานยา เท่ากับ .83

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล และสายวัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง

1) ระยะก่อนทดลอง สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2568 - 07.017 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 ขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินและคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ ให้เชิญชวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชนเบ็ญจะมะ 3 และชุมชนเบ็ญจะมะ 4 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาเป็นกลุ่มทดลอง และเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชนวัดเลียบ 1 และวัดเลียบ 3 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบให้กลุ่มมีอายุต่างกัน

ไม่เกิน 5 ปี ดัชนีมวลกายต่างกันไม่เกิน 1.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2) ระยะทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้าง พลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ และนัดหมายกลุ่มทดลองให้มาที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน และกลุ่มเปรียบเทียบมาที่คลินิกหมอครอบครัววัดใต้ ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง

3) ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลหลังทดลองที่ห้องประชุมคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน อภิปรายและซักถามปัญหาพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลา 30 นาที กลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลหลังทดลองที่ห้องประชุมคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา อภิปรายและซักถามปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทีไม่อิสระ (paired t-test) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติทดสอบวิลคอกสันซายน์แรงค์ สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

4.3 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทีอิสระจากกัน (independent t-test) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยูสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ และใช้สถิติทดสอบแอนโควา สำหรับตัวแปรที่มีความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรม

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พี่น้องสายตรงร่วมบิดา/มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายกัน ยกเว้น อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พี่น้องสายตรงร่วมบิดา/ มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และประวัติการสูบบุหรี่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.33 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท และ 20,001-25,000 บาท เท่ากัน ร้อยละ 23.33 ไม่มีพี่น้องสายตรงร่วมบิดา/ มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 46.67 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 46.67 ไม่มีพี่น้องสายตรงร่วมบิดา/มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.67 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 มีอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย 49.10 ปี (S.D. = 6.68) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 66.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 40.00 มีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตเฉลี่ย 9.03 ปี (S.D. = 6.87) ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 86.67 ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 53.33

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 36.67 อายุเฉลี่ย 51.70 ปี (S.D. = 6.36) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 83.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี และ 11-15 ปี เท่ากัน ร้อยละ 43.33 มีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 9.03 ปี (S.D. = 2.91) ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 100.00 ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 43.33

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ผลการทดสอบ	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	t	*p-value*
การรับรู้	3.92	0.40	สูง	4.58	0.24	สูงมาก	11.19	<.001

2.2 ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	**กลุ่มทดลอง** (n = 30)			**กลุ่มเปรียบเทียบ** (n = 30)			**ผลการทดสอบ**	
	M	**S.D.**	**ระดับ**	**M**	**S.D.**	**ระดับ**	**F**	***p-value***
การรับรู้	4.58	0.24	สูงมาก	3.62	0.62	สูง	52.82	< .001

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมรับประทานอาหาร และพฤติกรรมรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3.2 ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมรับประทานอาหารและพฤติกรรมรับประทานยา แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 4 ภาวะสุขภาพ

4.1 ความแตกต่างของภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม

4.2 ความแตกต่างของภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอส โตลิก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

ภาวะสุขภาพ	**กลุ่มทดลอง** (n = 30)			**กลุ่มเปรียบเทียบ** (n = 30)			**ผลการทดสอบ**	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	**t**	***p-value***
ความดันโลหิตซิสโตลิก	126.20	9.12	ปกติ	139.30	17.36	สูงระดับ 1	-3.659	<.001
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	78.47	7.08	ปกติ	76.93	15.40	ปกติ	.495	.622
ดัชนีมวลกาย	26.14	4.78	อ้วนระดับ 1	27.88	4.32	อ้วนระดับ 1	-1.478	.145
เส้นรอบเอว	86.67	10.42	อ้วนลงพุง	83.52	7.06	อ้วนลงพุง	1.371	.176

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จะอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.58, S.D. = 0.24) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับสูง (M = 3.92, S.D. = 0.40) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง (M = 3.62, S.D. = 0.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นเวลา 8 สัปดาห์

2.2 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมองด้านรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก (M = 4.28, S.D. = 0.46) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.12, S.D. = 0.35) มีพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง (M = 4.28, S.D. = 0.46) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.12, S.D. = 0.35) และมีพฤติกรรมรับประทานยาอยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.91, S.D. = 0.27) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับสูง (M = 4.40, S.D. = 0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา มีแรงจูงใจและความมุ่งมั่นปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค และจะประสบความสำเร็จในที่สุด หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมาก บุคคลนั้นจะริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมและทำอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997) ทั้งยังมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

ข้อแสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านรับประทานอาหารและด้านรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงให้ข้อเสนอแนะดังนี้

2. ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และลดความดันโลหิตซิสโตลิก ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยได้ โดยควรศึกษารายละเอียดของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เข้าใจก่อนนำไปใช้

เอกสารอ้างอิง

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of a Behavioral Modification Program on Perception and Hypertensive Prevention Behaviors Among the Risk Group at Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

อุบลวรรณ ทองทัพไทย[1] วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล[2] และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[2]
Ubonwan Thongthapthai[1] Warinee Iemsawasdikul[2] and Chuenjit Potisupsuk[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองเพศ อายุ 35-59 ปี มีความดันโลหิต 130/85-140/90 มิลลิเมตรปรอท เลือกกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเป็นกลุ่มทดลอง และเลือกกลุ่มเปรียบเทียบให้มีเพศเดียวกัน อายุและความดันโลหิตซิสโตลิกใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 29 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล แบบสอบถามผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง มี 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรม 5 ด้าน (3) พฤติกรรมรับประทานอาหาร (4) พฤติกรรมออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติทดสอบวิลคอกซันซายน์แรงค์ สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบแอนโควา

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมและความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ โปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมป้องกันโรค โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare perceived susceptibility and perceived severity of hypertension, perceived benefits and perceived barriers of preventive behaviors, perceived self-efficacy in performing preventive behaviors, hypertensive prevention behaviors, and blood pressure of the experimental group before and after the experiment, and between the experimental and comparison groups after the experiment. The sample consisted of males and females aged 35–59 years, who had blood pressure 130/85-140/90 mmHg, and who are considered to be in the hypertensive risk group. Twenty-nine Individuals who met the inclusion criteria were selected by simple random sampling to be an experimental group, and a comparison group of 29 samples was formed by selecting individuals with similar sex, age and systolic blood pressure to the experimental group. Data collection tools consisted of 1) a digital sphygmomanometer, and 2) a questionnaire with four parts: (1) general data, (2) perceptions about disease and behaviors with 5 subscales, (3) dietary behaviors, and (4) exercise behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test and ANCOVA test.

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Corresponding Author: warineei@yahoo.com

The results showed that after the experiment, the experimental group had significantly higher perceived susceptibility and perceived severity of hypertension, perceived benefits of preventive behaviors, perceived self-efficacy in performing preventive behavior, hypertensive prevention behaviors, and dietary and exercise behaviors, than before the experiment and those of the comparison group. Perceived barriers and blood pressure were significantly lower than before the experiment and those of the comparison group ($p < .05$).

Keywords: Program, Behavior Modification, Preventive Behaviors, Hypertension, Risk Groups

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการจากภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจาก 650 ล้านคน ใน ค.ศ. 1990 เป็น 1.3 ล้านล้านคน ใน ค.ศ. 2019 ผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 4 ใน 5 คน ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้มีผู้เสียชีวิตหลีกเลี่ยงไม่ได้ปีละ 10.80 ล้านคน เกิดภาระจากการสูญเสียปีสุขภาวะ 235 ล้านคน หรือมีความพิการ หากประเทศต่าง ๆ สามารถยกระดับความครอบคลุมของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ จะหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของประชากรได้ 76 ล้านคน ใน พ.ศ. 2573-2593[1]

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.50 ล้านคน พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.80 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2565 จำนวน 3 แสนคน(1) พ.ศ. 2559-2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยต่อปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 โดยกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของโรคสูงสุด[2] จังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในพ.ศ. 2566 มีอัตราป่วย 10,063.71 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 10,675.69 ต่อแสนประชากร ในพ.ศ. 2567 และ 11,393.83 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2568[3] ตำบลหนองกินเพลอยู่ในเขตอำเภอวารินชำราบ มีกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ใน พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 41, 99 และ 115 คน คิดเป็นร้อยละ 16.08, 38.82 และ 45.10 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 9, 10 และ 12 คน ตามลำดับ จึงควรลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[4]

การลดอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทำได้โดยการป้องกันระดับปฐมภูมิ เพื่อแยกกลุ่มปกติ ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยการติดตามประชากรวัยผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคน ที่อยู่ในกลุ่มปกติให้ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงทุกปี ด้วยการตรวจวัดความดันโลหิต และกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงทุก 6 เดือน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อ ในปริมาณที่เหมาะสม รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันทรานส์ ช่วยให้ไขมันในเลือดไม่สูง หลอดเลือดไม่ตีบ ความดันโลหิตลดลง[5] รับประทานธัญพืชไม่ขัดสีและคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน รับประทานผักและผลไม้ ช่วยให้ได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม ใยอาหาร วิตามินและแร่ธาตุที่เพียงพอ ช่วยควบคุมน้ำหนัก ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน จำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมไม่เกินวันละ 2 กรัม ช่วยลดปริมาตรเลือดในหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง จำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยให้ปริมาตรเลือดลดลง ความดันโลหิตลดลง การควบคุมน้ำหนักตัวและออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ช่วย

ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ลดความต้านทานของหลอดเลือด ลดความเครียดและการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้ปริมาณเลือดและความดันโลหิตลดลง[6] ลดหรือเลิกบุหรี่ และจัดการความเครียด ซึ่งจะช่วยให้ความดันโลหิตไม่สูง[5]

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงครั้งนี้จะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านรับประทานอาหารและออกกำลังกาย เนื่องจากวิถีชีวิตประจำวันของคนในชุมชนนิยมรับประทานอาหารรสเค็ม ใช้วัตถุดิบที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น ปลาร้า น้ำปลา เป็นต้น รับประทานอาหารแปรรูป/สำเร็จรูปทำให้ได้รับโซเดียมเกินกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ส่งผลให้ร่างกายมีการคั่งของเกลือและน้ำ ปริมาตรเลือดเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนั้นยังการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนและดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงให้ความดันโลหิตสูง ประกอบกับกลุ่มเสี่ยงใช้เครื่องปรุงรสปริมาณมากและหลากหลายชนิดเป็นประจำ ร้อยละ 90 ออกกำลังกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังออกกำลังกาย ร้อยละ 30 และจัดการกับอารมณ์โกรธโดยการผ่อนคลายอารมณ์ให้สงบด้วยการนั่งสมาธิ/สวดมนต์ ร้อยละ 90[4]

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงครั้งนี้ ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่มีความเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงเกิดเฉพาะผู้สูงอายุ เชื่อว่าหากไม่มีอาการผิดปกติยังไม่ถือว่าเป็นโรค ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรอง เชื่อว่าอาหารเค็มไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง การออกกำลังกายหรือการควบคุมน้ำหนักไม่จำเป็น หากร่างกายยังคงทำงานได้ตามปกติ จึงไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากต้องการให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง จึงต้องปรับการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยง โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อว่าบุคคลมีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค เมื่อรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคและโรคนั้นมีความรุนแรง ซึ่งจะส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามจากโรค ถ้าบุคคลรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรค โอกาสแสดงพฤติกรรมจะมากขึ้น ถ้าได้รับการกระตุ้นจากตัวชี้แนะการกระทำที่เพียงพอและมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคจะสูงขึ้นอีก[7] ประกอบกับการศึกษาของแรมจันทร์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมรับประทานอาหารต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม มีพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[8]

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงครั้งนี้จะใช้องค์ประกอบตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล โดยสร้างการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ตัวแบบด้านลบกลุ่มเสี่ยงวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่คิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สร้างการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมโดยใช้ตัวแบบด้านบวกและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย 2) ปัจจัยร่วม โดยให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก และ 3) ตัวชี้แนะการกระทำโดยใช้ตัวชี้แนะการกระทำภายนอกด้วยการกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ข้อมูล

ความรู้ คำชมเชย ข้อมูลป้อนกลับ และคำแนะนำและติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงช่วยส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

3. เปรียบเทียบความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 35-59 ปี มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ อาศัยอยู่ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,761 คน[9]

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 35-59 ปี มีระดับความดันโลหิต 130/85-140/90 มิลลิเมตรปรอท และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ อาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านหนองกินเพลและเขตตำบลบ้านโนนยาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แห่งละ 29 คน โดยเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกินเพล ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนยาง โดยการจับคู่ให้มีเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 3 ปี และความดันโลหิตซิสโตลิกแตกต่างกันไม่เกิน 5 มิลลิเมตรปรอท เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้เวลา 9 สัปดาห์ 2) แอปพลิเคชันไลน์ 3) แอปพลิเคชันกินดี 4) แบบบันทึกติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินภาวะสุขภาพ 5) แบบบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหาร 6) แบบบันทึกพฤติกรรมออกกำลังกาย และ 7) เครื่องวัดความเค็ม

2. เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง มี 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรม

5 ด้าน (3) พฤติกรรมรับประทานอาหาร (4) พฤติกรรมออกกำลังกาย แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากัน คือ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.87 และรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ .90 .91 .78 .83 และ .90 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมรับประทานอาหาร เท่ากับ .76 และส่วนที่ 4 พฤติกรรมออกกำลังกาย เท่ากับ .79 และ 2) เครื่องวัดความดันโลหิต

การดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนทดลอง พัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-10.027 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2568 ขอความอนุเคราะห์ให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งที่เกี่ยวข้อง เตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง แห่งละ 1 คน อสม.แห่งละ 3 คน ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ให้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองโดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2. ระยะทดลอง <u>กลุ่มทดลอง</u> ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกินเพล 1 ครั้ง และผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 8 ครั้ง ใช้เวลา 9 สัปดาห์ **สัปดาห์ที่ 1** จัดกิจกรรมที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกินเพล ใช้เวลา 4 ชั่วโมง โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้ *1) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง* โดยการเรียนรู้เชิงรุก *2) การสร้างการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง* โดยใช้ตัวแบบด้านลบ *3) การสร้างการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม* โดยใช้ตัวแบบด้านบวก *4) การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค* โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านรับประทานอาหารและออกกำลังกาย *5) ผู้วิจัยสร้างกลุ่มไลน์* กลุ่มทดลองทุกคนเข้าร่วมกลุ่มไลน์ และอธิบายการเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มไลน์แต่ละสัปดาห์และระยะเวลาสิ้นสุดโปรแกรม *6) การกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์* **สัปดาห์ที่ 2-8** จัดกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนี้ *1) การกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์* โดยผู้วิจัย ให้ข้อมูลความรู้โรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มไลน์ ตั้งคำถามให้ตอบ ให้คำชมเชย ให้ข้อมูลป้อนกลับ ให้ข้อเสนอแนะ กลุ่มทดลองประเมินพลังงานจากอาหารโดยใช้แอปพลิเคชันกินดี ประเมินปริมาณโซเดียมในอาหารโดยใช้เครื่องวัดความเค็ม บันทึกอาหารที่รับประทาน ระดับโซเดียมในอาหาร และการออกกำลังกายลงในแบบบันทึก ส่งรูปอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อ รูปกิจกรรมการออกกำลังกาย รูปแบบบันทึก และบอกลักษณะของการออกกำลังกาย เข้ากลุ่มไลน์ ให้สมาชิกในกลุ่มวิเคราะห์ความเหมาะสมของอาหาร ปริมาณโซเดียมที่รับประทาน ลักษณะของการออกกำลังกาย ให้คำชมเชย ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายป้องกันโรคความดันโลหิตสูง *2) การติดตามเยี่ยมบ้าน* โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชั่งน้ำหนัก วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิต ให้ข้อมูลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม นัดหมายให้มาที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกินเพลเพื่อเก็บข้อมูลหลังทดลอง ในสัปดาห์ที่ 9 **<u>กลุ่มเปรียบเทียบ</u>** รับบริการรักษาพยาบาล ให้คำปรึกษา แนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านโนนยาง ในสัปดาห์ที่ 1-8 และนัดหมายให้มาที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนยาง เพื่อเก็บข้อมูลหลังทดลอง ในสัปดาห์ที่ 9

3. ระยะหลังทดลอง <u>กลุ่มทดลอง</u> เก็บข้อมูลหลังทดลอง อภิปรายและซักถามปัญหาพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย สรุปผลการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง กล่าวขอบคุณที่เข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลา 30 นาที **<u>กลุ่มเปรียบเทียบ</u>** เก็บข้อมูลหลังทดลอง ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติทดสอบวิลคอกซันซายน์แรงค์ สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบแอนโควา

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-10.027 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายกัน ยกเว้นอาชีพ และการดื่มแอลกอฮอล์ โดยกลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.28 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 48.28 กลุ่มเปรียบเทียบมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 89.66 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 82.76 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไป ดังนี้ **<u>กลุ่มทดลอง</u>** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.66 มีอายุ > 51 ปี ร้อยละ 51.72 มีอายุเฉลี่ย 50.90 ปี (S.D. = 7.26) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.52 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 51.72 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 48.28 รายได้ครอบครัวเพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.72 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.28 มีน้ำหนักก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 51-60 กิโลกรัม ร้อยละ 51.72 และร้อยละ 44.83 ตามลำดับ มีส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 48.28 ส่วนสูงเฉลี่ย 155.38 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 เท่ากัน ร้อยละ 41.38 มีดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 24.75 กก./ตร.ม. (S.D. = 3.28) และ 24.20 กก./ตร.ม. (S.D. = 3.12) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรอบเอวก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ผู้ชาย < 90 เซนติเมตร เท่ากัน ร้อยละ 66.67 ผู้หญิง < 80 เซนติเมตร ร้อยละ 50 และร้อยละ 53.85 ตามลำดับ มีรอบเอวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 79.21 เซนติเมตร (S.D. = 7.81) และ 77.31 เซนติเมตร (S.D. = 6.93) ตามลำดับ **<u>กลุ่มเปรียบเทียบ</u>** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.66 มีอายุ > 51 ปี ร้อยละ 51.72 มีอายุเฉลี่ย 51.00 ปี (S.D. = 6.83) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.86 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 41.38 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 68.97 รายได้ครอบครัวเพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 58.62 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.10 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.28 มีน้ำหนักก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 61-70 กิโลกรัม เท่ากัน ร้อยละ 34.48 มีส่วนสูง < 150 เซนติเมตร ร้อยละ 41.38 ส่วนสูงเฉลี่ย 155.45 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 เท่ากัน ร้อยละ 27.59 มีดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 25.39 กก./ตร.ม. (S.D. = 4.82) และ 26.04 กก./ตร.ม. (S.D. = 4.85) ส่วนใหญ่มีรอบเอวก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ผู้ชาย < 90 เซนติเมตร เท่ากัน ร้อยละ 66.67 ผู้หญิง > 80 เซนติเมตร เท่ากัน ร้อยละ 61.54 มีรอบเอวก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรมเฉลี่ย 83.21 เซนติเมตร (S.D. = 10.64) และ 84.48 เซนติเมตร (S.D. = 10.89) ตามลำดับ

2. ความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 29)

การรับรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ผลการทดสอบ	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	Z	*p-value*
โอกาสที่จะเกิดโรค	2.54	1.21	ปานกลาง	4.44	0.75	สูง	-4.77	.000
ความรุนแรงของโรค	3.25	0.86	ปานกลาง	4.48	0.48	สูง	-4.64	.000
ประโยชน์ของพฤติกรรม	3.97	0.68	สูง	4.73	0.40	สูงมาก	-3.85	.000
อุปสรรคของพฤติกรรม	2.54	1.05	ปานกลาง	1.28	0.38	ต่ำมาก	-4.48	.000
ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม	3.74	0.94	สูง	4.55	0.49	สูงมาก	-4.26	.000

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

การรับรู้	**กลุ่มทดลอง** (n = 29)			**กลุ่มเปรียบเทียบ** (n = 29)			ผลการทดสอบ	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	Z	*p-value*
โอกาสที่จะเกิดโรค	4.44	0.75	สูง	2.31	1.21	ต่ำ	-5.60	.000
ความรุนแรงของโรค	4.48	0.48	สูง	3.35	0.82	ปานกลาง	-5.23	.000
ประโยชน์ของพฤติกรรม	4.73	0.40	สูงมาก	3.62	0.71	สูง	-5.54	.000
อุปสรรคของพฤติกรรม	1.28	0.38	ต่ำมาก	2.16	0.90	ต่ำ	-4.04	.000
ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม	4.55	0.49	สูงมาก	3.39	0.88	ปานกลาง	-4.89	.000

3. ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 29)

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ผลการทดสอบ	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	Z	*p-value*
รับบประทานอาหาร	3.15	0.55	ปานกลาง	4.09	0.42	สูง	t=-5.42	.000
ออกกำลังกาย	2.80	1.04	ปานกลาง	4.33	0.54	สูง	t=-5.73	.000
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	3.00	0.70	ปานกลาง	4.19	0.41	สูง	Z=-4.70	.000

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความแตกต่างของความดันโลหิต

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=29)

ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ผลการทดสอบ	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	t	*p-value*
ซิสโตลิก	135.09	1.70	สูงกว่าปกติ	124.60	3.82	ปกติ	13.28	.000
ไดแอสโตลิก	76.79	6.46	เหมาะสม	69.21	4.00	เหมาะสม	7.42	.000

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีความดันโลหิต ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จะอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรค อยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับสูง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม อยู่ในระดับต่ำมาก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม อยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับสูง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานทั้งหมด เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดย

ใช้ตัวแบบด้านลบ มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน จากนั้นให้กลุ่มเสี่ยงวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่คิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคในระดับสูงและรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ การสร้างการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมโดยใช้ตัวแบบด้านบวก บอกเล่าประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลให้ความดันโลหิตปกติและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้กลุ่มเสี่ยงร่วมแลกเปลี่ยนและพูดคุยถึงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องควรงดและพฤติกรรมถูกต้องที่ควรปฏิบัติ รวมถึงวิธีจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำมาก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ และการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย การสาธิตเป็นการเรียนรู้จากการใช้ตัวแบบ โดยสังเกตการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายกับตนเอง เมื่อเรียนรู้แล้วบุคคลจะเกิดความคาดหวังว่าตนเองจะปฏิบัติได้และได้รับผลเช่นเดียวกันหากปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การฝึกปฏิบัติเป็นการเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จของตนเอง ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ให้สำเร็จ[10] ทำให้กลุ่มทดลองการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ 2) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก มีผลให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ความรู้เป็นปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ทั้งยังมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล[7] และ 3) การกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลุ่มไลน์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ตั้งคำถามให้ตอบ ให้คำชมเชยเมื่อตอบคำถามได้ถูกต้อง รับประทานอาหารและออกกำลังกายเหมาะสม ให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย ให้ข้อเสนอแนะเมื่อเลือกอาหารและออกกำลังกายไม่เหมาะสม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อชั่งน้ำหนัก วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิต ให้ข้อมูลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตด้านรับประทานอาหารและออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมซึ่งมีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสร้างการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ตัวแบบด้านลบ การรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมโดยใช้ตัวแบบด้านบวก การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ร่วมถึงการกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และ

ติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชสา แก้ววังสัน, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[11] การศึกษาของ แรมจันทร์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[8]

2. ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานทั้งหมด เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ทำให้มีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ส่งผลโดยตรงให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค[7] การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมอยู่อยู่ในระดับต่ำมาก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อกลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรค จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น เนื่องจากบุคคลจะคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการแสดงพฤติกรรม โดยการหักลบอุปสรรคออกจากผลประโยชน์ ถ้าผลประโยชน์มากกว่าผลเสีย โอกาสแสดงพฤติกรรมนั้นมาก ถ้าผลเสียมากกว่า โอกาสแสดงพฤติกรรมจะน้อย[7] การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค[7] เพราะความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรคต่าง ๆ จนสามารถควบคุมสถานการณ์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จ[12] ความมั่นใจหรือความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามความคาดหวัง บุคคลนั้นก็จะมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้มากขึ้น[12]

กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จึงมีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคอยู่ในระดับต่ำ และต่ำกว่ากลุ่มทดลอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางและต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ส่งผลให้การรับรู้ภาวะ

คุกคามของโรคต่ำ จึงไม่แสดงพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำและต่ำกว่ากลุ่มทดลอง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำและสูงกว่ากลุ่มทดลอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคมีระดับต่ำไม่ต่างกัน จึงไม่เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่ากลุ่มทดลอง และไม่ได้รับการกระตุ้นจากตัวชี้แนะการกระทำ จึงมีพฤติกรรมป้องกันโรคน้อยกว่ากลุ่มทดลอง เพราะการได้รับการกระตุ้นจากตัวชี้แนะการกระทำที่เพียงพอ และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงจะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค[7] ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ อัญชสา แก้ววังสัน, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหาร สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[11] การศึกษาของ แรมจันทร์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[8] การศึกษาของ เบจิ และคณะซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[13]

3. ความแตกต่างของความดันโลหิต

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในระดับปกติ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในระดับเหมาะสม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับเหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ทำให้หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อย ลดการใช้เครื่องปรุงรส รับประทานผักและผลไม้ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ความหนักระดับปานกลาง ครบทั้ง 3 ขั้นตอน สัปดาห? ละ 3-5 วัน ๆ ละ 30-60 นาที ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง[14]

กลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตซิสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ สูงกลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในระดับเหมาะสม สูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่ากลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชสา แก้ววังสัน, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[11] การศึกษาของ แรมจันทร์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และนำไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการของจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดอุบลราชธานี

2. ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีอุบัติการณ์สูงในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เช่น โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

4. ควรศึกษาวิจัยติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองเพื่อติดตามความความต่อเนื่องของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะ ๆ ทุก 3 เดือน 6 เดือน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และติดตามการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข ที่กรุณาให้ข้อชี้แนะและติดตามความก้าวหน้าการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิดจนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 10*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกินเพล. (2568). *รายงานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2568*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกินเพล.
5. นพวรรณ เปียซื่อ. (2563). *หน่วย 8 การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อยในชุมชน. ใน ประมวลสาระชุดวิชา 89706 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
6. Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of medical physiology* (14th ed.). Elsevier.
7. Becker, M. H. (1988). The health belief model and personal health behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 1–35). Slack.
8. แรมจันทร์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 16*(2), 69-86.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2566). *สถิติข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th
10. วันทนา มณีศรีวงศ์กูล. (2564). *หน่วย 12 ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. ในประมวลสาระชุดวิชา 89701 นโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำ แนวคิดทฤษฎีการพยาบาล และบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

11. อัญชสา แก้ววังสัน, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 30*(3), 85-98.

12. Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287. Retrieved from https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L

13. Baji, Z., Mohammadbeigi, A., Ghaderi, E., & Nazari, M. (2018). The effect of education based on health belief model on nutritional behaviors and weight control in high school girl students. *International Journal of Pediatrics*, 6(1), 7059–7069. Retrieved from https://doi.org/10.22038/ijp.2017.27030.2327

14. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

ความหลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี (อพ.สธ.) ป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สู่แหล่งเรียนรู้สังคมคาร์บอนต่ำและยั่งยืน

Plant biodiversity in the peat swamp forest of the plant genetic conservation and area project under The Royal Initiative of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn (RSPG), peat swamp forest in front of Surat Thani Rajabhat University towards a learning resource for a low-carbon and sustainable society.

(Received: April 21,2026 ; Revised: April 23,2026 ; Accepted: April 27,2026)

ปริญญา สุกแก้วมณี[1]
Parinya Sukkaewmanee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความหลากหลายทางชีวภาพของพรรณไม้ ในพื้นที่ป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ระยะเวลาเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยการบันทึกภาพถ่ายพิกัดภูมิศาสตร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดทำพรรณไม้แห้ง จัดจำแนก และระบุชนิด

ผลการศึกษาสามารถจำแนกพรรณไม้ได้จำนวน 35 วงศ์ 49 สกุล 55 ชนิด โดยวงศ์ที่มีจำนวนมากสุดคือวงศ์ Aracaceae มีจำนวน 4 สกุล 5 ชนิด และวงศ์ Fabaceae มีจำนวน 5 สกุล 5 ชนิด รองลงมาคือวงศ์ Dipterocarpaceae มีจำนวน 3 สกุล 4 ชนิด Apocynaceae มีจำนวน 2 สกุล 3 ชนิด Moraceae จำนวน 2 สกุล 3 ชนิด Myrtaceae จำนวน 1 สกุล 3 ชนิด และ วงศ์พืชที่มีจำนวน 2 สกุล 2 ชนิดได้แก่ วงศ์ Anacardiaceae วงศ์ Bignoniaceae วงศ์ Meliaceae และ วงศ์ Rubiaceae นอกจากนี้พบพืชจำนวน 24 วงศ์ ที่พบเพียงสกุลและชนิดเดียว ได้แก่ Annonaceae, Aquifoliaceae, Calophyllaceae, Celastracea, Clusiaceae, Combretaceae, Ebenaceae, Elaeocarpaceae, Euphorbiaceae, Flagellariaceae, Hypericaceae, Irvingiaceae, Lamiaceae, Lauraceae, Malvaceae, Myristicaceae, Nepenthaceae, Orchidaceae, Phyllanthaceae, Poaceae, Polygalaceae, Rhizophoraceae, Rutaceae, Sapotaceae และ Urticaceae มีการทำป้ายพรรณไม้และแผนที่แหล่งอาศัยของพืช

คำสำคัญ: ป่าพรุ โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช ความหลากหลาย

ABSTRACT

This study is the survey research with the objective of exploring the biodiversity of plant species in the peat swamp forest area in front of Suratthani Rajabhat University from April 2022 to March 2023 by recording geographic coordinates, analyzing the data, preparing dried herbarium plant specimens, classifying and identifying species.

The results of the study were able to classify 35 families, 49 genera and 55 species of plants, with the family with the largest is Aracaceae. There are 4 genera and 5 species in the Fabacee family, followed by 5 genera and 5 species in the Dipterocarpaceae family, with 3 genera and 4 species: Apocynaceae with 2 genera and 3 species; Moraceae with 2 genera and 3 species; Myrtaceae with 1 genus and 3 speceis; and the plant families with 2 genera and 2 species are the Anacardiaceae, Bignoniaceae, Meliaceae and Rubiaceaefamilies. In

[1] อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี 84000

addition, 24 plants families were found, of which only one genus and species were found, including: Annonaceae, Aquifoliaceae, Calophyllaceae, Celastracea, Clusiaceae, Combretaceae, Ebenaceae, Elaeocarpaceae, Euphorbiaceae, Flagellariaceae, Hypericaceae, Irvingiaceae, Lamiaceae, Lauraceae, Malvaceae, Myristicaceae, Nepenthaceae, Orchidaceae, Phyllanthaceae, Poaceae, Polygalaceae, Rhizophoraceae, Rutaceae, Sapotaceae and Urticaceae. Plant identification labels and Habitat zoning map were created.
Keywords: Peat swamp forest, Plant genetic conservation project and biodiversity

บทนำ

ป่าพรุ (peat swamp forest) จัดเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำที่ประกอบด้วยสังคมพืชป่าไม่ผลัดใบ คล้ายป่าดิบชื้น การเกิดสังคมพืชป่าพรุต้องเป็นในลักษณะของพื้นที่เป็นแอ่งกระทะที่รองรับน้ำฝน ทำให้มีน้ำจืดแช่ขังอยู่ตลอดทั้งปี บริเวณป่าพรุมักมีอินทรีย์วัตถุในดินสูง บทบาททางนิเวศของสังคมป่าพรุ เป็นแหล่งที่มีความหลากหลายทางชีวภาพที่สูง เป็นแหล่งปัจจัย 4 ของมนุษย์ เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ป่าพรุจึงเป็นแหล่งรวบรวมความหลากหลายทางชีวภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งยังเป็นแหล่งสะสมขอก๊าซคาร์บอนแหล่งใหญ่ก่อนที่จะถูกปล่อยไปสู่ชั้นบรรยากาศได้เป็นล้านตัน หากมีการทำลายพื้นที่ป่าพรุเพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลเพิ่มอัตราการทำลายความหลากหลายทางชีวภาพและเป็นการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศ ส่งผลนำไปสู่การเกิดภาวะเรือนกระจก (Greenhouse Effect) และภาวะโลกร้อน (Global warming) และปัญหามลพิษในอากาศเช่น pm 2.5 ซึ่งเป็นปัญหาในปัจจุบัน[1]

ตัวอย่างพรรณไม้ป่าพรุ คันธุลี ประกอบด้วยพรรณไม้หลากหลายชนิด ได้แก่ไม้ต้นขนาดไม่ใหญ่มาก มีการปกคลุมของเรือนยอดประมาณ 70-80 เปอร์เซ็นต์ พรรณไม้ประกอบด้วย ส้มกวาง หว้าน้ำ ไทร ทุเรียนนก ขี้หนอนพรุ และไม้พื้นล่างประกอบด้วย เตยน้ำ หมากเขียว กะเปียะหนู ไผ่ลาก หม้อข้าวหม้อแกงลิง หลุมพี ระกำ เป็นต้น ซึ่งพรรณไม้ในป่าพรุคันธุลีและป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีมีความใกล้เคียงกันด้านพรรณไม้และสภาพลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ ตลอดจนมีความหลากหลายทางชีวภาพมีความชุ่มชื่นที่เกิดจากความอุดมสมบูรณ์ของป่าขนาดย่อมในเขตอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ที่สร้างสมตัวเองมาเป็นเวลานานหล่อเลี้ยงตัวเองแบบธรรมชาติมีความสำคัญต่อชุมชนโดยอาศัยทรัพยากรในป่าพรุ และใช้เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ในการอนุรักษ์ทรัพยากรของเยาวชนและสถาบันการศึกษาตลอดไป [2]

ดังนั้นเพื่อไม่ให้พรรณไม้ในพื้นที่ป่าพรุดังกล่าวมีปริมาณลดลงหรือสูญหายไป คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพของพืช สำรวจพันธุ์ไม้ ระบุชื่อวิทยาศาสตร์ ระบุชนิดพืช และจัดทำข้อมูลพรรณไม้ เพื่อรวบรวมเป็นฐานข้อมูลพื้นฐานทางอนุกรมวิธานและความหลากหลายของพืชในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี (อพ.สธ.-มรส.) ป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีสู่แหล่งเรียนรู้สังคมคาร์บอนต่ำและยั่งยืนต่อไป

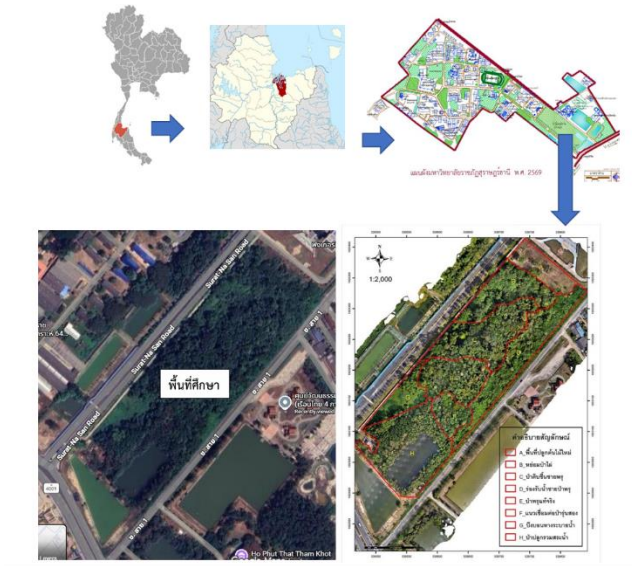
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพของพืช สำรวจพันธุ์ไม้ ระบุชื่อวิทยาศาสตร์ ระบุชนิดพืช และจัดทำข้อมูลพรรณไม้ป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี (อพ.สธ.-มรส.) หน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

สถานที่ทำการศึกษา

ทำการศึกษาในพื้นที่ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี (อพ.สธ.) ป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี มีพื้นที่ประมาณ 33,304.210 ตารางเมตร (20.815 ไร่) ศึกษาสภาพพื้นที่ตลอดจนมีการถ่ายภาพทางอากาศ และเดินสำรวจและจำแนกแหล่งอาศัยของพรรณไม้ การกระจายของพรรณไม้ วิสัยของพืช ได้แก่ ไม้ต้น ไม้เถา ไม้พุ่ม ปาล์ม กล้วยไม้ ศึกษาชนิดพืชเด่นในสังคมพืช (dominant lifeform) จำนวนชั้นโครงสร้างทางแนวตั้งของสังคมพืช (vertical stratification) ทำการระบุพิกัดตำแหน่งของพืช[3] โดยเน้นพืชที่มีความสำคัญ เช่น พืชที่ถูกคุกคาม พืชที่มีรายงานพบในป่าพรุ



ภาพที่ 1 แสดงพื้นที่ศึกษาป่าพรุ หน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

วิธีการเก็บข้อมูล

สำรวจพรรณไม้ในพื้นที่ศึกษา โดยเก็บตัวอย่างพืชที่สมบูรณ์ มีทั้งใบ ดอก หรือผล ชนิดละ 3-5 ชิ้น เพื่อนำไปศึกษาในห้องปฏิบัติการสาขาชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และทำตัวอย่างพรรณไม้แห้ง ถ่ายภาพพืช บันทึกลักษณะทางสัณฐานวิทยาบางประการที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อนำไปทำเป็นตัวอย่างพรรณไม้แห้ง เช่น สีดอก สีผล ลายละเอียด ข้อมูลสถานที่เก็บ นิเวศวิทยา และรายละเอียดอื่น ๆ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลประกอบการศึกษา และจัดทำเป็นรหัสพรรณไม้ โดยมีวิธีการกำหนดวางเส้นสำรวจพรรณไม้โดยวางแปลงแบบสุ่มศึกษาไม้ต้นวางแปลงขนาด 20x20 เมตร ด้วยการชักตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling)[3] จำนวน 6 แปลง โดยพยายามให้แปลงครอบคลุมพื้นที่ป่าอย่างทั่วถึง ให้ระยะห่างระหว่างแปลงที่อยู่ติดกันห่างกันประมาณ 40 เมตร นับจำนวนต้นของไม้ต้น ปาล์มที่มีลำต้นเดียว (solitary palm) เช่น ค้อพรุ จำนวนกอของปาล์มกอ (clustering palm) ที่มีลำ (culm) ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางระดับอก (DBH) ตั้งแต่ 4.5 เซนติเมตรขึ้นไป และเถาวัลย์ (woody liana) มีเส้นผ่านศูนย์กลางระดับอก (DBH) ตั้งแต่ 2 เซนติเมตรขึ้นไป ในแปลงเก็บข้อมูลขนาด 20x20 เมตร ระบุชื่อวิทยาศาสตร์จนถึงระดับต่ำที่สุดเท่าที่ทำได้ในแต่ละแปลง ศึกษาพืชไม่มีเนื้อไม้และกล้าไม้ไม้ล้มลุกขนาดเล็ก ใช้วิธีประเมินพื้นที่ปกคลุมจากแปลงขนาด 1x1 เมตร ที่วางแบบสุ่มในแนวเส้นสำรวจ (line transect) ที่วางตั้งฉากกับความยาวของพื้นที่ โดยจำนวนแนวเส้นสำรวจและจำนวนแปลงในแนวเส้นสำรวจที่ใช้ขึ้นกับขนาดของพื้นที่[3,4]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษารายละเอียดทางสัณฐานวิทยาจากตัวอย่างพรรณไม้ นำมาตรวจสอบชื่อวิทยาศาสตร์ที่ถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วยชื่อสามัญ (Common name) ชื่อวิทยาศาสตร์ (Scientific name) จาก

หนังสือหรือวารสารที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือพรรณไม้ของประเทศไทย (Flora of Thailand) หนังสือพรรณไม้ของภูมิภาคใกล้เคียง เช่น Flora of The Malay Peninsula, Flora of China เป็นต้น การตรวจสอบชื่อวิทยาศาสตร์และชื่อพ้อง (Scientific name and Synonym) จากฐานข้อมูลพรรณพืชสากล The World Flora Online (WFO)[5] และ International Plant Names Index (IPNI)[5,6] ตลอดจนตรวจสอบพรรณไม้จากนักอนุกรมวิธานผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งเปรียบเทียบกับตัวอย่างพรรณไม้แห้ง ณ หอพรรณไม้ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช (BKF) เพื่อระบุชื่อวงศ์ สกุล ชนิดให้ถูกต้องและชื่อพื้นเมืองของพรรณไม้แต่ละชนิด ตรวจสอบจากหนังสือพรรณไม้แห่งประเทศไทย[7] ตลอดจนนำตัวอย่างพรรณไม้จากการสำรวจ นำมาจัดทำตัวอย่างพรรณไม้แห้งเก็บไว้ในพิพิธภัณฑ์พืชสาขาชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี



ภาพที่ 2 แสดงภาพถ่ายจากโดรน โดย ธนา จารุพันธุเศรษฐ์ นำมาใช้ศึกษาประกอบกับการสำรวจเก็บตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสำรวจพรรณไม้ในแปลงศึกษา

พรรณไม้ที่พบในพื้นที่ป่าพรุ หน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบพรรณไม้ 35 วงศ์ 49 สกุล 55 ชนิด พรรณไม้ที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ ยางนา ยางวาด กระบากดำ พะยอม หูกวาง มะฮอกกานีใบใหญ่ ติ้วเกลี้ยว งาไซ หว้าน้ำ หลาวชะโอนทุ่ง ยางร่วงพรุ เม็ก ปอพรุ มันปู หลาวชะโอนทุ่ง หว้าน้ำ มะเดื่อปล้อง ชันรูจี ไทรใบหาง ไม้พื้นล่าง กะพ้อ ไผ่ด้ามพร้า แก้มอ้นขน (ใบต่างดอก) ไม้เลื้อย หวายน้ำ เอาะลบ (วนิลา) หม้อข้าวหม้อแกงลิง เถา ขมัน เป็นต้น โดยวงศ์ที่มีจำนวนมากสุดคือวงศ์ Aracaceae มีจำนวน 4 สกุล 5 ชนิด และวงศ์ Fabaceae มีจำนวน 5 สกุล 5 ชนิด รองลงมาคือวงศ์ Dipterocarpaceae มีจำนวน 3 สกุล 4 ชนิด Apocynaceae มีจำนวน 2 สกุล 3 ชนิด Moraceae จำนวน 2 สกุล 3 ชนิด Myrtaceae จำนวน 1 สกุล 3 ชนิด และ วงศ์พืชที่มีจำนวน 2 สกุล 2 ชนิดได้แก่ วงศ์ Anacardiaceae วงศ์ Bignoniaceae วงศ์ Meliaceae และ วงศ์ Rubiaceae นอกจากนี้พบพืชจำนวน 24 วงศ์ที่พบเพียงสกุลและชนิดเดียว ได้แก่ Annonaceae, Aquifoliaceae, Calophyllaceae, Celastracea, Clusiaceae, Combretaceae, Ebenaceae, Elaeocarpaceae, Euphorbiaceae, Flagellariaceae, Hypericaceae, Irvingiaceae, Lamiaceae, Lauraceae, Malvaceae, Myristicaceae, Nepenthaceae, Orchidaceae, Phyllanthaceae, Poaceae, Polygalaceae, Rhizophoraceae, Rutaceae, Sapotaceae และ Urticaceae (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 รายชื่อพรรณไม้ที่พบในพื้นที่ศึกษา ป่าพรุ หน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

วงศ์	ชื่อวิทยาศาสตร์	ชื่อพื้นเมือง	ลักษณะวิสัย	จำนวนที่พบ (ต้น)	สถานภาพทางการอนุรักษ์	หมายเลขตัวอย่าง (Voucher)	พิกัดตำแหน่งพืช (Y)	พิกัดตำแหน่งพืช (X)
Anacardiaceae	*Buchanania arborescens* (Blume) Blume	ยาร่วงพรุ	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.151	99.21.563	9.04.557
Anacardiaceae	*Parishia insignis* Hook.f.	ชันรูจี	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.152	99.21.625	9.04.567
Annonaceae	*Uvaria grandiflora* Roxb.	กล้วยหมูสัง	ไม้เถา	<10	NE	P.K.153	99.21.597	9.04.532
Apocynaceae	*Alstonia angustiloba* Miq.	ตีนเป็ดพรุ	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.154	99.21.652	9.04.637
Apocynaceae	*Alstonia macrophylla* Wall. Ex G. Don	ทุ้งฟ้า	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.155	99.21.561	9.04.451
Apocynaceae	*Wrightia arborea* (Dennst.) Mabb.	โมกป่า	ไม้ต้นเล็ก	<10	LC	P.K.156	99.21.657	9.04.638
Aquifoliaceae	*Ilex cymose* Blume	ศิลา	ไม้ต้นเล็ก	<10	LC	P.K.157	99.21.638	9.04.543
Arecaceae	*Calamus melanochaetes* (Blume) Miq.	หวายน้ำ	ปาล์ม	<10	NE	P.K.158	99.21.553	9.04.461
Arecaceae	*Oncosperma tigillarium* (Jack) Ridl.	หลาวชะโอนทุ่ง	ปาล์ม	<10	LC	P.K.159	99.21.629	9.04.552
Arecaceae	*Licuala spinosa Thumb.*	กะพ้อ	ปาล์ม	<10	LC	P.K.160	99.21.634	9.04.658
Arecaceae	*Livistona saribus* (Lour.) Merr. ex A.Chev.	ค้อพรุ	ปาล์ม	<10	LC	P.K.161	99.21.624	9.04.545
Bignoniaceae	*Radermachera pinnata* (Blanco) Seem.	เพกาพรุ	ไม้ต้น	<10	NE	P.K.162	99.21.654	9.04.628
Bignoniaceae	*Stereospermum fimbriatum* (Wall. ex G.Don) A. DC.	แคยอดดำ	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.163	99.21.622	9.04.618
Calophyllaceae	*Calophyllum tetrapterum* Miq.	ตังหนน้ำ	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.164	99.21.563	9.04.568
Celastraceae	*Lophopetalum floribundum* Wight	พวมพร้าว	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.165	99.21.678	9.04.622
Clusiaceae	*Garcinia celebica* L.	พะวา	ไม้ต้น	<10	VU	P.K.166	99.21.624	9.04.561
Combretaceae	*Terminalia catappa* L.	หูกวาง	ไม้ต้น	<10	NE	P.K.167	99.21.551	9.04.464
Dipterocarpaceae	*Anisoptera costata* Korth	กระบาก	ไม้ต้น	<10	EN	P.K.168	99.21.667	9.04.671
Dipterocarpaceae	*Anthoshorea roxburghii* (G.Don) P.S.Ashton & J.Heck.	พะยอม	ไม้ต้น	<10	VU	P.K.169	99.21.664	9.04.629
Dipterocarpaceae	*Dipterocarpus alatus* Roxb. ex G.Don	ยางนา	ไม้ต้น	<10	VU	P.K.170	99.21.673	9.04.634
Dipterocarpaceae	*Dipterocarpus chartaceus* Symington	ยางวาด	ไม้ต้น	<10	EN	P.K.171	99.21.691	9.04.628
Ebenaceae	*Diospyros undulata* Wall. ex G.Don	หม้าย	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.172	99.21.635	9.04.578
Elaeocarpaceae	*Elaeocarpus robustus* Roxb.	สะท้อนรอก	ไม้ต้น	<10	NE	P.K.173	99.21.584	9.04.583
Euphorbiaceae	*Macaranga tanarius* (L.) Müll.Arg.	เม็ก	ไม้พุ่ม	>10	LC	P.K.174	99.21.639	9.04.565

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

ตารางที่ 1 รายชื่อพรรณไม้ที่พบในพื้นที่ศึกษา ป่าพรุ หน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

วงศ์	ชื่อวิทยาศาสตร์	ชื่อพื้นเมือง	ลักษณะวิสัย	จำนวนที่พบ (ต้น)	สถานภาพทางการอนุรักษ์	หมายเลขตัวอย่าง (Voucher)	พิกัดตำแหน่งพืช (Y)	พิกัดตำแหน่งพืช (X)
Fabaceae	*Acacia auriculiformis* A. Cunn. ex Benth	กระถินณรงค์	ไม้ต้น	<10	NE	P.K.175	99.21.558	9.04.452
Fabaceae	*Cassia fistula* L.	คูน (ราชพฤกษ์)	ไม้ต้น	<10	NE	P.K.176	99.21.660	9.04.595
Fabaceae	*Parkia timoriana* (DC.) Merr.	เหรียง	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.177	99.21.555	9.04.458
Fabaceae	*Peltophorum dasyrrhachis* (Miq.) Kurz	อะราง (นนทรีป่า)	ไม้ต้น	<10	NE	P.K.178	99.21.668	9.04.557
Fabaceae	*Senna timorensis* (DC.) H.S.Irwin & Barneby	ขี้เหล็กเลือด	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.179	99.21.631	9.04.553
Flagellariaceae	*Flagellaria indica* L.	หวายลิง	ไม้เลื้อย	<10	NE	P.K.180	99.21.588	9.04.546
Hypericaceae	*Cratoxylum cochinchinense* (Lour.) Blume	ติ้วเกลี้ยง	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.181	99.21.559	9.04.551
Irvingiaceae	*Irvingia malayana* Oliv. ex A.W.Benn.	กระบก	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.182	99.21.628	9.04.592
Lamiaceae	*Vitex quinate* (Lour.) F. N. Williams	ตะพุนเฒ่า	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.183	99.21.620	9.04.542
Lauraceae	*Cinnamomun puberulum* Ridl.	เชียดตัวผู้	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.184	99.21.627	9.04.586
Malvaceae	*Sterculia* sp.	ปอพรุ	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.185	99.21.629	9.04.563
Meliaceae	*Azadirachta excelsa* (Jack.) Jacobs	สะเดาเทียม	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.186	99.21.593	9.04.598
Meliaceae	*Swietenia macrophylla* King	มะฮอกกานีใบใหญ่	ไม้ต้น	<10	EN	P.K.187	99.21.562	9.04.453
Moraceae	*Artocarpus thailandicus* C.C. Berg	หาด (มะหาดไทย)	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.188	99.21.634	9.04.667
Moraceae	*Ficus ulmifolia* Lam	มะเดื่อปล้อง	ไม้ต้น	<10	LC	P.K.189	99.21.638	9.04.562
Moraceae	*Ficus sinuata* Thunb.	ไทรใบหาง	ไม้พุ่ม	<10	LC	P.K.190	99.21.624	9.04.536
Myristicaceae	*Horsfieldia brachiata* Warb.	เลือดควาย	ไม้พุ่ม	<10	LC	P.K.191	99.21.574	9.04.511
Myrtaceae	*Syzygium cinereum* (Kurz.) Chantaran. & J.Parn.	หว้านา	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.192	99.21.616	9.04.498
Myrtaceae	*Syzygium cerasiforme* (Blime) Merr. & L.M.Perry	ขวาด	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.193	99.21.578	9.04.603
Myrtaceae	*Syzygium oblatum* (Roxb.) Wall. ex A.M. Cowan & Cowan	หว้าน้ำ	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.194	99.21.616	9.04.498

ตารางที่ 1 รายชื่อพรรณไม้ที่พบในพื้นที่ศึกษา ป่าพรุ หน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

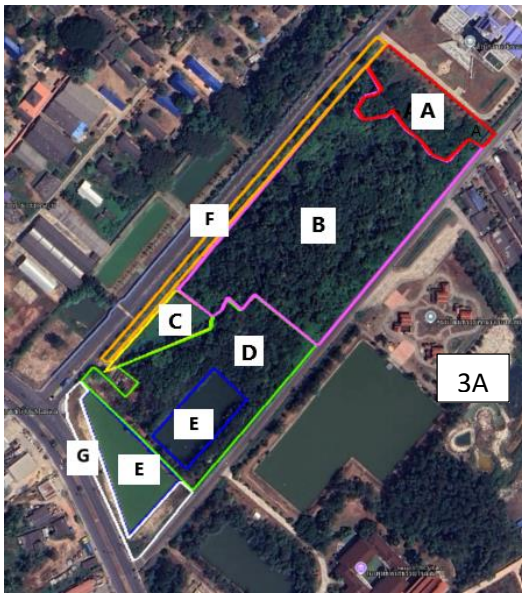
วงศ์	ชื่อวิทยาศาสตร์	ชื่อพื้นเมือง	ลักษณะวิสัย	จำนวนที่พบ (ต้น)	สถานภาพทางการอนุรักษ์	หมายเลขตัวอย่าง (Voucher)	พิกัดตำแหน่งพืช (Y)	พิกัดตำแหน่งพืช (X)
Nepenthaceae	*Nepenthes mirabilis (Lour.) Druce*	หม้อข้าวหม้อแกงลิง	ไม้เถา	<10	NE	P.K.195	99.21.623	9.04.562
Orchidaceae	*Vanilla albida* Blume	เอาะลบ (วนิลา)	กล้วยไม้	<10	NE	P.K.196	99.21.651	9.04.626
Phyllanthaceae	*Glochidion zeylanicum* (Gaertn.) A.Juss.	มันปู	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.197	99.21.619	9.04.554
Poaceae	*Gigantochloa ligulata* Gamble	ไผ่ด้ามพร้า	ไม้พุ่ม	>10	NE	P.K.198	99.21.688	9.04.621
Polygalaceae	*Xanthophyllum ellipticum* Korth. ex Miq.	ชุมแสงน้ำ	ไม้พุ่ม	<10	LC	P.K.199	99.21.583	9.04.561
Rhizophoraceae	*Carallia brachiate* (Lour.) Merr.	เฉียงพร้านางแอ	ไม้พุ่ม	<10	LC	P.K.200	99.21.653	9.04.663
Rubiaceae	*Morinda elliptica* Ridl.	ยอเถื่อน	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.201	99.21.621	9.04.593
Rubiaceae	*Mussaenda variolosa* Wall. ex G.Don	แก้มอ้นขน (ใบต่างดอก)	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.202	99.21.567	9.04.482
Rutaceae	*Melicope lunu-ankenda* (Gaertn.) T. G. Hartley	สามง่าม	ไม้พุ่ม	<10	LC	P.K.203	99.21.618	9.04.579
Sapotaceae	*Pouteria obovate* (R.Br.) Baehni	งาไซ	ไม้พุ่ม	<10	NE	P.K.204	99.21.563	9.04.562
Urticaceae	*Poikilospermum suaveolens* (Blume) Merr.	เถาขมัน	ไม้เถา	<10	NE	P.K.205	99.21.603	9.04.523

* สถาณภาพทางการอนุรักษ์ ตาม IUCN 2025.[8] The IUCN Red List of Threatened Species. Version 2024-2. <https://www.iucnredlist.org>
Critically Endangered (CR): ใกล้สูญพันธุ์อย่างยิ่ง, Endangered (EN): ใกล้สูญพันธุ์, Vulnerable (VU): มีแนวโน้มใกล้สูญพันธุ์, Near Threatened (NT): ใกล้ถูกคุกคาม, Least Concern (LC): เป็นกังวลน้อยที่สุด, Data Deficient (DD): ข้อมูลไม่เพียงพอ, Not Evaluated (NE): ยังไม่ได้ถูกประเมิน
* P.K.= Parinya Sukkaewmanee หมายเลขตัวอย่าง (Voucher)

2. การศึกษาแสดงแหล่งอาศัยของพืช

จากการศึกษาภาพถ่ายทางอากาศ ร่วมกับการเดินสำรวจในพื้นที่จริง ในระหว่างระยะเวลาเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 สามารถแบ่งแหล่งอาศัยในบริเวณป่าพรุมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ตามรูปแบบชีวิตเด่นของพืช จำนวนชั้นโครงสร้างทางด้านตั้ง ชนิดพืชเด่น

1. ป่าที่ถูกถางพืชพื้นล่าง (ภาพที่ 3A โซน A และภาพที่ 3B) พบต้นเม็ก (*Macaranga tanarius* Müll.Arg.) ขึ้นเป็นพืชเบิกนำจำนวนมาก พบต้นทองอุไร ไม้ต้นดั้งเดิมที่เหลืออยู่ประกอบด้วย แคยอดดำ (*Stereospermum fimbriatum* DC) พวมพร้าว (*Lophopetalum floribundum* Wight) กระบก (*Irvingia malayana* Oliv. ex A.W.Benn.) กระถินณรงค์ โพธิ์ (*Ficus religiosa* L.) ศิลา (*Ilex cymosa* Blume)และค้อพรุ (*Livistona saribus* (Lour.) Merr. ex A.Chev.)บริเวณนี้ไม่มีพืชในชั้นไม้พุ่มและไม้หนุ่ม







ภาพที่ 3A แผนที่ป่าพรุ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี แสดงแหล่งอาศัย โซน A : ป่าที่ถูกถางพืชพื้นล่าง, โซน B : ป่าธรรมชาติ, C: ป่าปลูก, โซน D: สังคมพืชล้มลุกในที่ชื้นแฉะ, โซน E: สระน้ำ, โซน F : พื้นที่ริมทางเดินออกกำลังกาย, โซน G: พื้นที่ริมสระน้ำ ภาพที่ 3B ต้นหม้อข้าวหม้อแกงลิง ภาพที่ 3C ต้นหลาวชะโอนทุ่ง (*Oncosperma tigillarium* (Jack) Ridl)

2. ป่าธรรมชาติ (ภาพที่ 3A โซน B) พบพืชในป่าบกมากกว่าพืชที่พบในป่าพรุ สามารถแบ่งชั้นโครงสร้างทางด้านตั้งได้ 2 ชั้น ชั้นไม้ต้นสูง 8-30 เมตร พืชที่พบ เช่น พะยอม (*Anthoshorea roxburghii* (G.Don) P.S.Ashton & J.Heck.) กระบาก (*Anisoptera costata* Korth.) แคยอดดำ (*Stereospermum fimbriatum* DC) ชั้นไม้พุ่มพบไผ่ด้ามพร้า ขึ้นหนาแน่น นอกจากนี้ยังพบพืชกินแมลงคือ หม้อข้าวหม้อแกงลิง พืชอิงอาศัยที่พบ เช่น เอาะลม (*Vanilla albida* Blume)

3. สังคมพืชล้มลุกในที่ชื้นแฉะ (ภาพที่ 3A โซน C และภาพที่ 3C) บริเวณนี้มีน้ำท่วมขังตลอดทั้งปี ระดับน้ำไม่เกิน 1 เมตร ไม่มีไม้ต้น พืชเด่นที่พบคือ บอน

4. ป่าปลูก (ภาพที่ 3A โซน D) พืชที่พบเป็นพืชปลูกปะปนกับพืชที่ขึ้นทดแทนตามธรรมชาติ พืชที่ขึ้นเองตามธรรมชาติและมีจำนวนมาก คือ ติ้วเกลี้ยง (Cratoxylum cochinchi- nense (Lour.) Blume) ชั้นไม้หนุ่มสูง 1.3 – 3 เมตร พบติ้วเกลี้ยง มะฮอกกานี กระถินณรงค์ และเม่า (Syzygium grande (Wight) Walp.) เป็นพืชเด่น พืชพื้นล่างพบน้อย และกระจายห่าง ๆ กัน

5. สระน้ำ (ภาพที่ 3A โซน E) เป็นสระที่ถูกขุดขึ้นและลึกจนพืชไม่สามารถขึ้นได้

6. พื้นที่บริเวณริมทางเดินออกกำลังกาย (ภาพที่ 3A โซน F) พืชส่วนใหญ่เป็นต้นไม้ปลูก เช่น ราชพฤกษ์ และทองอุไร

7. บริเวณริมสระน้ำ (ภาพที่ 3A โซน G) พบเฉพาะพืชไม่มีเนื้อไม้และพบไม้ต้นเดิมคือค้อพรุ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพของพืช ได้เก็บข้อมูลพรรณไม้ที่พบในพื้นที่ 35 วงศ์ 49 สกุล 55 ชนิด ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นพื้นที่ป่าพรุลักษณะเป็นดินร่วนเหนียวปนทรายถึงดินเหนียว ดินชั้นบนมีสีดำหรือเทาปนดำ ซึ่งมีปริมาณอินทรีย์วัตถุสูง ดินชั้นล่างเป็นดินเลนสีเทาปนเขียวที่มีสารประกอบของกำมะถันมาก จึงมีลักษณะเฉพาะตัวที่พืชสามารถเจริญเติบโตได้ เช่น สามารถเจริญเติบโตในพื้นที่น้ำท่วมถึง ธาตุอาหารในดินมาก และมีรากแก้วค่อนข้างสั้น มีรากแขนงแผ่กว้าง แข็งแรง และส่วนใหญ่มีรากค้ำยัน จึงพบพืชชนิดดังกล่าวในพื้นที่ และความหลากหลายของพรรณไม้เมื่อเปรียบเทียบป่าพรุคันธุลี[9] และป่าพรุชาดหาดทุ่งใสไช ซึ่งมีพรรณไม้ 22 วงศ์ 30 สกุล 33 ชนิด ตลอดจนพบพรรณไม้บ้างชนิดเหมือนกัน ได้แก่ สกุลกะพ้อ (*Licuala* sp.) สกุลมะหาด (*Artocarpus* sp.)[10]

ลักษณะเด่นของพืชที่พบจึงเป็นองค์ประกอบของป่าพรุตามรายงานในหนังสือพรรณไม้ป่าพรุ จังหวัดนราธิวาส[11] จึงสามารถบ่งชี้ว่าป่าพรุ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีมีลักษณะเป็นป่าพรุหรือพื้นที่ชุ่มน้ำตามธรรมชาติที่สมควรอนุรักษ์ไว้

ความหลากหลายของพันธุ์พืชในแปลงสำรวจป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีพบว่ามีจำนวนชนิดมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับป่าพรุคันธุลี อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ามี 22 วงศ์ 28 สกุล 36 ชนิด[9] เนื่องจากป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยมีพื้นที่ (20 ไร่) น้อยกว่าป่าพรุคันธุลี (875 ไร่) ดังนั้นพันธุ์พืชที่ขึ้นในป่าพรุหน้ามหาวิทยาลัยมีการกระจายตัวน้อยกว่าป่าพรุคันธุลี ตลอดจนพบพืช เช่น ตังหนน้ำ *Calophyllum tetrapterum* Miq และยังพบพันธุ์ไม้ เช่น เม็ก *Macaranga tanarius* (L.) Müll.Arg. หลาวชะโอนทุ่ง *Oncosperma tigillarium* (Jack) Ridl. ชุมแสงน้ำ *Xanthophyllum ellipticum* Korth. ex Miq. ค้อพรุ *Livistona saribus* (Lour.) Merr. ex A.Chev. ตีนเป็ดพรุ *Alstonia angustiloba* Miq. แคยอดดำ *Stereospermum fimbriatum* (Wall. ex G.Don) A. DC. และ เพกาพรุ *Radermachera pinnata* (Blanco) Seem. รายงานพบเหมือนกับการศึกษาของ จำลอง เพ็งคล้ายและคณะ [11] และศูนย์พัฒนาพิกุลทองฯ[3] นอกจากนี้ยังพบพืชขึ้นเองตามธรรมชาติเป็นจำนวนมาก ตลอดจนบางชนิดเป็นพืชคุกคาม ได้แก่ ยางวาด (*Dipterocarpus chartaceus* Symington) และกระบาก (*Anisoptera costata* Korth) ซึ่งเป็นพืชใกล้สูญพันธุ์ ตามหลัก IUCN red list (endangered species) ในพื้นที่ป่าพรุดังกล่าวยังพบพืช เช่น ค้อพรุ หลาวชะโอนทุ่ง และหม้อข้าวหม้อแกงลิง ซึ่งพืชดังกล่าวเหลือจำนวนน้อยมากในเขตอำเภอเมือง สุราษฎร์ธานี

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ยังพบพืชไม่สามารถจำแนกพืชบางชนิดได้ เนื่องจากต้องติดตามและเก็บตัวอย่างการออกดอกและผล ได้แก่ พืชในสกุลหว้า *Syzygium* sp. เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาขาชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี หอพรรณไม้ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช บางเขน กรุงเทพมหานคร (BKF) ขอขอบคุณ คุณอรุณ สินบำรุง และคณะศูนย์วิจัยและพัฒนานวัตกรรมอุทยานแห่งชาติจังหวัดสุราษฎร์ธานี และอาจารย์ผศ. ดร. พลวัต ภัทรกุลพิสุทธิ อาจารย์กนกอร ทองใหญ่ และผศ. ธนา จารุพันธุเศรษฐ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ช่วยศึกษาวิจัยทำแผนที่ ถ่ายภาพโดรนสำรวจพื้นที่ และขอขอบคุณโครงการเสริมสร้างความสามารถเมืองและธรรมชาติในการตั้งรับปรับตัวต่อผลกระทบจากวิกฤตสภาพภูมิอากาศให้ข้อมูล และขอขอบคุณทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช และมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ประจำปีงบประมาณ 2566

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธีสืบนาคะเสถียร. (2567). สถานการณ์ป่าไม้และสิ่งแวดล้อมไทย ปี 2567. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก http://www.seub.or.th/document/สถานการณ์ป่าไม้ไทย/2025-170. (2568, 9 ธันวาคม).
2. วงษ์สิริ เรืองศรี ชนัญชิตา ทิพย์ญาณ พงศ์เทพ แก้วเสถียร และประวีณ จุลภักดี. (2562). การจัดการตนเองของชุมชนในการจัดการป่าพรุคันธุลีตามหลักอริยสัจ. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 6(10):5481-5497.
3. ศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิกุลทองอันเนื่องมาจากพระราชดำริ. (2564). การศึกษาจำแนกประเภทของสังคมพืชป่าพรุในจังหวัดนราธิวาส. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก http://pikunthong.com.a.28.readyplant.net /17060081/งานป่าไม้. (2568, 15 กันยายน).
4. โครงการเสริมสร้างความสามารถของเมืองและธรรมชาติในการตั้งรับปรับตัวต่อผลกระทบจากวิกฤตสภาพภูมิอากาศ (Urban Resilience and Nature URBAN. (2568). รายงานการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านกายภาพและความหลากหลายทางชีวภาพสวนหลวงร.9จังหวัดสุราษฎร์ธานีและป่าพรุ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
5. IPNI. (2025). International Plant Names Index. [Online], Available from: http://www.ipni.org. (2025, 1 August).
6. POWO. (2025). Plants of the World Online. The Royal Botanic Gardens, Kew. [Online], Available from: http://www.plantsoftheworldonline.org/. (2025, 3 August).
7. สำนักงานหอพรรณไม้. (2557). ชื่อพรรณไม้แห่งประเทศไทย เต็ม สมิตินันท์ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2557. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร.
8. IUCN. (2024). The IUCN Red list of Threatened Species. Version 2024-2. [Online], Available from: https://www.iucnredlist.org. (2025, 9 September)
9. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2545). ความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่ชุมน้ำพรุคันธุลี. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก http://chm-thai.onep.go.th/wp-content/uploads/2023/03/12-ความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่ชุมน้ำพรุคันธุลีResize.pdf. (2568, 15 สิงหาคม)
10. เยาวพรรณ สนธิกุล ธีร ศรีสวัสดิ์ สุรพล ฐิติธนากุล วิกันดา รัตนพันธ์ และ นิตยา อัมรัตน์. (2566). ความหลากหลายของพืชที่มีทำลำเลียงในแปลงรวบรวมพันธุ์พืชป่าชายหาดโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี (อพ.สธ.) ป่าทุ่งใสไช อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทย.เทคโน.หัวเฉลียวเฉลิมพระเกียรติ. 9(1): 83-92.
11. จำลอง เพ็งคล้าย ชวลิต นิยมธรรม และวิวัฒน์ เอื้อจิรกาล. (2531). พรรณไม้ป่าพรุจังหวัดนราธิวาส. โครงการศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิกุลทอง อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดนราธิวาส. 368 หน้า.

ศักยภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Capacity and Factors Associated with the Performance of Health Personnel in Promoting Hypertension Literacy Among People in Mae Hong Son Province.

(Received: April 21,2026 ; Revised: April 23,2026 ; Accepted: April 27,2026)

บุญญาพร ลำซาง[1] ศิวาพร มหาทำนุโชค[2]
Boonyaporn Lamsang[1] Siwaporn Mahathamnuchock[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ ระดับการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จำนวน 209 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 6 ส่วน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สเปียร์แมน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.50 อายุ 30–39 ปี ร้อยละ 33.50 และดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 52.63 การปฏิบัติงานในการส่งเสริม ความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยภาพรวมอยู่ในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{x}$ = 2.99, S.D. = 0.54) ทัศนคติอยู่ในระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ($\bar{x}$ = 4.41, S.D. = 0.42) และทักษะอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.89, S.D. = 0.46) ทั้งนี้ทัศนคติ (r = 0.377, p < .01) ทักษะ (r = 0.505, p < .01) และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r_s = 0.203, p = .003) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรทั้ง 7 ตัวสามารถร่วมกันทำนาย การปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 14.581, p < .001) และอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 33.70 โดยตัวแปรสำคัญ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (B = 3.026, Beta = 0.203, p = .006) ทัศนคติ (B = 0.728, Beta = 0.203, p = .005) และทักษะ (B = 0.935, Beta = 0.492, p < .001) โดยทักษะมีอิทธิพลสูงที่สุด

คำสำคัญ: ศักยภาพบุคลากรสุขภาพ, การปฏิบัติงาน, ความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Abstract

This cross-sectional survey aimed to examine the capacity of health personnel, the level of performance, and the factors associated with and predictive of the performance of health personnel in promoting hypertension literacy among people in Mae Hong Son Province. The sample consisted of 209 health personnel working in subdistrict health-promoting hospitals and Queen Sirikit Health Stations under the Ministry of Public Health. The research instrument was a six-part questionnaire with a content validity index of 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, Spearman's rank correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The results showed that most participants were female (67.50%), aged 30–39 years (33.50%), and worked as public health academics, public health officers, or technical public health officers (52.63%). Overall performance in

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
Corresponding Author Email : boonyaporn.yui.2535@gmail.com

promoting hypertension literacy was at a frequent level ($\overline{x}$ = 2.99, S.D. = 0.54). Attitudes toward health literacy were at a strongly agree level ($\overline{x}$ = 4.41, S.D. = 0.42), while health literacy skills were at a good level ($\overline{x}$ = 3.89, S.D. = 0.46). Attitudes (r = 0.377, p < .01), skills (r = 0.505, p < .01), and training in health literacy (r_s = 0.203, p = 0.003) were positively associated with performance. The seven predictors jointly explained 33.7% of the variance in performance (F = 14.581, p < .001). Significant predictors were training in health literacy (B = 3.026, Beta = 0.203, p = .006), attitudes (B = 0.728, Beta = 0.203, p = .005), and skills (B = 0.935, Beta = 0.492, p < .001), with skills showing the strongest effect.

Keywords: Health Personnel Capacity, Performance, Hypertension Literacy, Associated Factors, Mae Hong Son Province

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังสำคัญที่พบได้ทั่วโลก และมักไม่แสดงอาการชัดเจนในระยะแรก หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและควบคุมอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจล้มเหลว และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระของระบบสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกประมาณว่ามีผู้ใหญ่ทั่วโลกประมาณ 1.28 พันล้านคนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และกว่าร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าโรคนี้ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง[1]

สถานการณ์ในประเทศไทยยังคงน่า เป็นห่วง โดยข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 25.4 และยังพบปัญหาการเข้าถึงการวินิจฉัย การรักษา และการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมไม่เพียงพอ[2] ขณะเดียวกัน จากรายงานข้อมูลในระบบ HDC Service จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีสถิติอัตราป่วย รายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 จาก 702.65 เป็น 919.63 ต่อแสนประชากร [3] ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามีแนวโน้มภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่

บริบทของจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีลักษณะเฉพาะที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านภูมิประเทศแบบภูเขาสลับซับซ้อน การเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยากลำบาก ความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ภาษา และวัฒนธรรม ตลอดจนข้อจำกัดด้านทรัพยากรสุขภาพ[4] ปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้การสื่อสารความรู้ การสร้างความเข้าใจ และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น[5] ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการสู่การปฏิบัติจริงเหมาะสมกับบริบทพื้นที่[6,7]

แนวคิดความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงเป็นกรอบสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ซักถาม นำไปปฏิบัติ ประเมิน ปรับเปลี่ยน และสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามกรอบ 7A's ได้แก่ Access, Apprehend, Ask, Apply/Act, Appraise, Adjust และ Advocate[4] ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว บุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการถ่ายทอดความรู้ สื่อสารข้อมูลสุขภาพให้เข้าใจง่าย และส่งเสริมให้ประชาชนเกิดทักษะในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นจุดเชื่อมสำคัญระหว่างระบบสุขภาพกับประชาชน[5,6,7]

การปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงอาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยทั้งประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม การสนับสนุนจากระบบบริการ ตลอดจนความรู้ ทัศนคติ และทักษะเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ[8,9] ประสบการณ์

การทำงานช่วยให้บุคลากรเข้าใจบริบทของชุมชนและสามารถปรับวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ดีขึ้น[8] ขณะที่การฝึกอบรมเฉพาะด้านการจัดการโรคเรื้อรังและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มเครื่องมือและแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน[9,16] นอกจากนี้ ความรู้ ทัศนคติ และทักษะด้านความรอบรู้สุขภาพของบุคลากรสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพการสื่อสารสุขภาพ การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และการสื่อสารอย่างสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม[10,11,12,13]

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์จำกัดเกี่ยวกับศักยภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงในบริบทจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งมีข้อจำกัดเฉพาะด้านภูมิประเทศ วัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ ระดับการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและการยกระดับคุณภาพการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพด้านประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม การได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการ ความรู้ ทัศนคติ และทักษะเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพระดับการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่สัมพันธ์และร่วมทำนายการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพและ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 457 คน[14]

กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดโดยใช้สูตรของ Cochran (1977)[15] สำหรับประชากรที่ทราบจำนวนที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 209 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นบุคลากรสุขภาพที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วน และอยู่ระหว่างการลาหยุดปฏิบัติราชการชั่วคราว หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง 3) ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการความเท่าทันด้าน

สุขภาพตามกรอบแนวคิด 7A's[4] 4) ทัศนคติเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ 5) ทักษะเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ และ 6) การได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใน ครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลทดสอบแบบสอบถามได้ค่า IOC อยู่ที่ 0.98 พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) และกำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 อยู่ในระดับ ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ราชภัฏเชียงใหม่ จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ และระดับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน และสำหรับสถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีลักษณะเป็นคะแนนรวม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงระดับ และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ภายใต้โครงการเลขที่ IRBCMRU 2025/520.14.10

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 209 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.50 อายุ 30–39 ปี ร้อยละ 33.50 และดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 52.63 ในด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.98 และเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 37.32 อย่างไรก็ตาม การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 37.32นอกจากนี้หน่วยบริการส่วนใหญ่มีอัตรากำลัง 4–5 คน ร้อยละ 53.11

2. ระดับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรค ความดันโลหิตสูงของประชาชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{x}$= 2.99, S.D.= 0.54) รายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การให้คำแนะนำที่ชัดเจนสำหรับการเข้าถึงบริการความดันโลหิตสูง เช่น จุดตรวจวัดความดันหรือกิจกรรมคัดกรองในชุมชน ($\bar{x}$ = 3.41, S.D.= 0.67) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มที่เข้าถึงยากเพื่อการคัดกรองและให้ความรู้ด้านความดันโลหิตสูง ($\bar{x}$= 3.37, S.D.= 0.75) ขณะที่รายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การจัดการฝึกอบรมให้ผู้ป่วยที่ต้องการเป็นพี่เลี้ยงหรือวิทยากรให้เพื่อนผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต ($\bar{x}$ = 2.56, S.D.= 0.97)

3. ศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน แบ่งออกเป็นแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับกระบวนการความ เท่าทันด้านสุขภาพตามกรอบ 7A's พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดในสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับมิติการตั้งคำถาม ร้อยละ 55.50 และ มิติการเข้าถึงร้อยละ 55.02 ขณะที่ตอบถูก น้อยที่สุดในมิติการลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 11.96 สะท้อนว่าความรู้ของบุคลากรสุขภาพยังไม่ครอบคลุมในบางมิติสำคัญของความเท่าทัน ด้านสุขภาพ

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับความเท่าทัน ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ($\overline{X}$ = 4.41, S.D. = 0.42) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพอย่างครบถ้วนเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาสุขภาพ ($\overline{X}$= 4.52, S.D. = 0.53)

ด้านทักษะเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$= 3.89, S.D.= 0.46) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยอย่างเปิดเผย ($\overline{X}$ = 4.12, S.D.= 0.65) ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าข้ออื่นคือ การอธิบายแนวคิดด้านสุขภาพที่ซับซ้อนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ($\overline{X}$ = 3.71, S.D. = 0.67)

ด้านการได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าได้รับการสนับสนุนเพียงพอมากที่สุดในด้านนโยบายชัดเจน ร้อยละ 76.56 และด้านการติดตาม/กำกับผลการดำเนินงาน ร้อยละ 71.77 ขณะที่ด้านบุคลากร มีความเพียงพอน้อยที่สุด ร้อยละ 31.10

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน วิเคราะห์โดยใช้สหสัมพันธ์เพียร์สันสำหรับตัวแปรที่เป็นคะแนนรวม และสหสัมพันธ์สเปียร์แมนสำหรับตัวแปรที่มีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงลำดับ ดังนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.377, p < .01) และทักษะเกี่ยวกับความ เท่าทันด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปฏิบัติงานในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (r = 0.505, p < .01) ขณะที่คะแนนรวมความรู้และคะแนนรวมการได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการไม่พบความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนรวมความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนรวมทัศนคติ (r = 0.360, p<.01) และคะแนนรวมทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนรวมทักษะ (r = .422, p < .01)

4.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนพบว่า การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = 0.203, p = 0.003) ขณะที่ระยะเวลาการปฏิบัติงานและการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังไม่พบความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ปัจจัยร่วมทำนายการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ หลังการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคะแนนการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการวิจัยเข้าสู่การวิเคราะห์ การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกัน (Enter Method) เพื่อศึกษาว่าระยะเวลา การปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุข ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนรวมความรู้ คะแนนรวมทัศนคติ คะแนนรวมทักษะ และคะแนนรวมการได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการสามารถร่วมกันทำนายคะแนนการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพได้หรือไม่

ก่อนดำเนินการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.610 ถึง 0.950 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.053 ถึง 1.641 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ ที่ยอมรับได้ แสดงว่าไม่พบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ นอกจากนี้ ค่า

Standardized Residual อยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ และค่า Cook's Distance สูงสุดเท่ากับ 0.118 ซึ่งน้อยกว่า 1 จึงถือว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทั้ง 7 ตัว ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุข ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนรวมความรู้ คะแนนรวมทัศนคติ คะแนนรวมทักษะ และคะแนนรวมการได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการ สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.581$, $p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.580 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ ร้อยละ 33.7 ($R^2 = .337$, Adjusted $R^2 = .314$)

เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($B = 3.026$, $Beta = 0.203$, $p = .006$) คะแนนรวมทัศนคติ ($B = 0.728$, $Beta = 0.203$, $p = .005$) และคะแนนรวมทักษะ ($B = 0.935$, $Beta = 0.492$, $p < .001$) เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนรวมทักษะเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุด ขณะที่ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง คะแนนรวมความรู้ และคะแนนรวมการได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการ ไม่พบอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ (n = 209)

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	p
ค่าคงที่	3.751	10.287	-	0.365	.716
1.ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุข	-1.951	1.049	-0.125	-1.859	.064
2.ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	-0.394	1.026	-0.028	-0.384	.701
3.ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.026	1.080	0.203	2.802	.006
4.คะแนนรวมความรู้เกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ (Health Literacy)	-0.599	0.341	-0.111	-1.755	.081
5.คะแนนรวมทัศนคติเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ (Health Literacy)	0.728	0.254	0.203	2.868	.005
6.คะแนนรวมทักษะเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ (Health Literacy)	0.935	0.143	0.492	6.520	<.001
7.คะแนนรวมการได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการ	-0.974	0.619	-0.093	-1.575	.117

หมายเหตุ: $R = .580$, $R^2 = .337$, Adjusted $R^2 = .314$, $F = 14.581$, $p < .001$

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ สามารถเขียนสมการพยากรณ์คะแนนการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนได้ดังนี้:

$$\hat{Y} = 3.751 - 1.951X_1 - 0.394X_2 + 3.026X_3 - 0.599X_4 + 0.728X_5 + 0.935X_6 - 0.974X_7$$

โดยที่

X_1 = ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุข

X_2 = ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

X_3 = ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

X_4 = คะแนนรวมความรู้เกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ

X_5 = คะแนนรวมทัศนคติเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ

X_6 = คะแนนรวมทักษะเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพ และ X_7 = คะแนนรวมการได้รับการสนับสนุนในการจัดบริการ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสุขภาพในจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีการปฏิบัติงานในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับบ่อยครั้ง สะท้อนว่าบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินบทบาทด้านการสื่อสารสุขภาพและการสนับสนุนการเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม กิจกรรมที่มุ่งเสริมพลังผู้ป่วยให้มีบทบาทเชิงรุกยังอยู่ในระดับต่ำกว่า แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานยังเน้นการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวก มากกว่าการพัฒนาผู้ป่วยให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชนได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงตามกรอบ 7A's[4] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Coleman และคณะ ที่เสนอว่าสมรรถนะด้าน health literacy ของบุคลากรสุขภาพต้องครอบคลุมทั้งความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การปฏิบัติ ไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพเท่านั้น[6]

2. ด้านความรู้ พบว่า บุคลากรสุขภาพยังมีข้อจำกัดในบางมิติของความเท่าทันด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมิติการลงมือปฏิบัติ สะท้อนว่าแม้บุคลากรส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ทำงานค่อนข้างมาก แต่ความรู้เชิงแนวคิดเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพอาจยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือเสริมพลังให้ผู้ป่วยจัดการสุขภาพของตนเองได้จริง ทั้งนี้ การที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่า ความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ หากขาดทัศนคติและทักษะที่เอื้อต่อการนำไปใช้จริง ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Williams และคณะ ที่อธิบายว่า health literacy มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดต่อคุณภาพการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ[12] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schwartzberg และคณะ ที่พบว่า ผู้ให้บริการมักใช้เทคนิคการสื่อสารพื้นฐานมากกว่ายุทธวิธีขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยที่มี health literacy ต่ำ จึงชี้ให้เห็นว่าความรู้ควรถูกแปลงเป็นทักษะการสื่อสารที่ใช้ได้จริงในสถานการณ์บริการ[13]

3. ด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง และทัศนคติยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นหนึ่งในตัวแปรที่ร่วมทำนายการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่า เมื่อบุคลากรสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารสุขภาพและความเข้าใจของผู้ป่วย ย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมความเท่าทันด้านสุขภาพได้ดีขึ้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Coleman และคณะ ที่เสนอว่าเจตคติของบุคลากรเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักด้าน health literacy[6] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tsai และคณะ ที่ยืนยันว่า attitude เป็นองค์ประกอบสำคัญของความพร้อมในการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรสุขภาพ มิใช่เพียงองค์ประกอบเชิงแนวคิดเท่านั้น[7]

4. ด้านทักษะ พบว่า ทักษะเกี่ยวกับความเท่าทันด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปฏิบัติงานในระดับปานกลาง และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดในการร่วมทำนายการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงในงานบริการ

จริงจำเป็นต้องอาศัยทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การอธิบายข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่าย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และการปรับสารให้เหมาะกับบริบทของผู้รับบริการ มากกว่าการมีความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schwartzberg และคณะ ที่ชี้ถึงความสำคัญของเทคนิคการสื่อสารสำหรับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ[13] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Berkman และคณะ ที่สรุปว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่ด้อยกว่า จึงจำเป็นต้องยกระดับความสามารถของผู้ให้บริการในการลดความซับซ้อนของข้อมูลสุขภาพและตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ[10]

นอกจากนี้ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นตัวแปรร่วมทำนายการปฏิบัติงาน ขณะที่การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังไม่พบอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน สะท้อนว่า การพัฒนาศักยภาพที่ตรงประเด็นด้านความรอบรู้สุขภาพมีความสำคัญมากกว่าการอบรมเชิงเนื้อหาโรคแบบกว้างเพียงอย่างเดียว ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Coleman และคณะ ที่มุ่งแปลง health literacy practices ไปสู่ educational competencies สำหรับบุคลากรสุขภาพ[6] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shao และคณะ ที่รายงานว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยยกระดับผลลัพธ์สำคัญของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงสนับสนุนแนวคิดว่าการฝึกอบรมเฉพาะด้าน health literacy มีความสำคัญเชิงปฏิบัติต่อคุณภาพบริการมากกว่าการอบรมเชิงเนื้อหาโรคเพียงอย่างเดียว[16]

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการยกระดับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะ ทัศนคติ และการฝึกอบรมเฉพาะด้านความรอบรู้สุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและนำไปสู่การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ และจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับอำเภอควรกำหนดนโยบายหรือแนวทางพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพด้านความรอบรู้สุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. ควรสนับสนุนการจัดอบรมเฉพาะด้านความรอบรู้สุขภาพ โดยเน้นทักษะการสื่อสารสุขภาพ การอธิบายข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่าย การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. ควรพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานในหน่วยบริการ โดยเฉพาะด้านอัตรากำลัง วัสดุอุปกรณ์ และสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท พหุวัฒนธรรมของจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านภาษา วัฒนธรรม และระดับความเข้าใจของผู้รับบริการ

2. ควรส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยเสริมพลังผู้ป่วยและชุมชน เช่น การพัฒนากลุ่มผู้ป่วยต้นแบบหรือพี่เลี้ยงสุขภาพ การใช้สื่อสุขภาพที่เหมาะกับบริบทพื้นที่ และการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

3. บุคลากรสุขภาพควรได้รับการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะทักษะการอธิบายข้อมูลสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และการปรับสารสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพด้านความรอบรู้

สุขภาพในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.ควรศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน เช่น ระดับความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการจัดการตนเอง

3. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มประชาชนหรือผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะในพื้นที่พหุวัฒนธรรมและพื้นที่เข้าถึงยาก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำบทความวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ให้ความร่วมมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดียิ่ง รวมทั้งขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน สาธารณสุขอำเภอ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Hypertension | Knowledge Action Portal on NCDs [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 14]. Available from: https://www.knowledge-action-portal.com/en/content/hypertension
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า.(2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/printed-matter/399
3. HDC Service.(2558). อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/msn/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361?subcatalogId=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
4. อัญชลี คงอ้าย, ประวีดา คำแดง, ถาวร ล่อกา, พีรพรรณ อภิวงค์วาร, สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, ปริศนา นวลบุญเรือง, อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์.(2566). ความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน: การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายเหตุการณ์สำคัญ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2567];41(4): e265940. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/265940/179815
5. Ha JF, Longnecker N.(2010). Doctor-patient communication: a review. Ochsner J. 2010;10(1):38-43.
6. Coleman CA, Hudson S, Maine LL.(2013). Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. J Health Commun. 2013;18 Suppl 1:82-102. doi:10.1080/10810730.2013.829538.
7. Tsai HY, Lee SYD, Coleman C, Sorensen K, Tsai TI.(2024). Health literacy competency requirements for health professionals: a Delphi consensus study in Taiwan. BMC Med Educ. 2024; 24:209. doi:10.1186/s12909-024-05198-4.
8. Benner P.(2001). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2001.

9. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K.(2011). Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. J Health Commun. 2011;16 Suppl 3:30-54. doi:10.1080/10810730.2011.604391.
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. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
11. Dickens C, Lambert BL, Cromwell T, Piano MR.(2013). Nurse overestimation of patients' health literacy. J Health Commun. 2013;18 Suppl 1:62-69. doi:10.1080/10810730.2013.825670.
12. Williams MV, Davis TC, Parker RM, Weiss BD.(2002). The role of health literacy in patient-physician communication. Fam Med. 2002;34(5):383-389.
13. Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS.(2007). Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. Am J Health Behav. 2007;31 Suppl 1: S96-S104. doi:10.5993/AJHB.31.s1.12.
14. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน.(2568). ข้อมูลจำนวนบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดแม่ฮ่องสอน. เอกสารภายในหน่วยงาน; 2568.
15. Cochran WG.(1977). Sampling Techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
16. Shao Y, Hu H, Liang Y, Shi L, Wan C, Yu S.(2023). Health literacy interventions among patients with chronic diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns. 2023; 114:107829. doi:10.1016/j.pec.2023.107829
17. Sornlorm K, Thi WM.(2024). Health literacy and high blood pressure among Myanmar migrant workers in Northeastern Thailand. PLoS One. 2024;19(4): e0302057. doi: 10.1371/journal.pone.0302057.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - July 2026

Part II

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ตามมาตรฐาน HAIT เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) 330
รุจิศักดิ์ บวรชาติ

รูปแบบการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น 339
อภิสรา ธำรงวรางกูร ,พวงเพชร จันทร์บุตร

การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 351
ณัฐชยา ใจบุญนอก ,ปะราลี โอภาสนันท์

รูปแบบการแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย โดยเครือข่ายพยาบาลชุมชน ครู ครอบครัว และชุมชน 363
ธัชชัย ใจคง ,ธัญพิชชญา ติณณ์ธนหิรัญ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร 370
พิรุณลักษณ์ บุญตะหล้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 8 381
ศุภลักษณ์ นิยะสม ,วรรณชนก จันทชุม

การประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาโดยใช้ค่าความน่าจะเป็นจากข้อมูล Autosomal STR 23 ตำแหน่งในประชากรไทย 394
อนุรักษ์ คำประพันธ์ ,ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและผลกระทบของมอร์ฟีนต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 402
ธนเมศวร์ แท่นคำ ,ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ ,บัณฑิต ชุมวรฐายี ,ภูชิต ดาบภูเขียว ,พนิดา พิทยกิตติวงศ์,ธนพล ศรีวงษ์
สาธิตา ภัทรบุณย์พงศ์ ,กัญญาภัค ศิลารักษ์ ,วิจิตรา เสนา ,ขจรศักดิ์ สีวาที ,กัลยา ปังประเสริฐ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย 416
มณฑิณี อักษรดิษฐ์ ,สิรินันท์ สุวรรณาภรณ์ ,ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์

ภาวะโลกร้อนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตก 423
ญษมณ ละทัยนิล

มุมมองของทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย 432
รจิต จันทร์ประสิทธิ์ ,รุจิรา แสนดี

การพัฒนาและประเมินผล 6 แผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัฒนานคร 441
หรรษา นิลพรมมา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ 451
มาลินี พริ้งเพราะ

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยาต่อความวิตกกังวล ความปวดและความพึงพอใจ 464
รินณารา สายแข

การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย การวิจัยเชิงสังเคราะห์วรรณกรรมขอบเขตกว้าง 471
ธีรภัทร วิชิตนาค

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ จังหวัดอุบลราชธานี 480
ณัฐพร ทองวรรณ ,สุทธีพร มูลศาสตร์ ,สมนึก สกุลหงส์โสภณ

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันดิบจากวัสดุจากธรรมชาติ 491
ประยุกต์ เดชสุทธิกร ,จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล ,โชติกา โยคาพจร ,เปรมกมล คุ้มไข่น้ำ และวริศรา ไชยต้นเทือก

ผลของโปรแกรมสานพลังครอบครัวต่อการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตอำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา 499
จีรศักดิ์ พุทธนิยม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 2

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 515
ธรรมธิดา เลิศมงคล ,ศิวาพร มหาทำนุโชค

กลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในผู้สูงอายุ: บทเรียนเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 529
ประภาส ปาลี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น จังหวัดสุโขทัย 542
ภัทราพร ด่านปาน ,ณรงค์ ใจเที่ยง ,เมธิณี อินทรเทศ

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอำนาจเจริญ 551
วิไล พรหมบุตร ,สุทธีพร มูลศาสตร์ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ

เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันทางการแพทย์และกิจกรรมการบริการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีบุตรยาก 561
ภคพร เที่ยวรอบ ,อารีย์วรรณ เที่ยวรอบ ,ลาวัณย์ ผลสมภพ ,ชัชวาล วงค์สารี

ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี 571
จุฑารัตน์ เรืองชุม ,อุไรวรรณ ศุภศิลป์

ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่เกาะ 580
ศิรณัฐ นาวงศ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการรักษาแบบอนุรักษ์ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ 591
คณิต ทองประเสริฐ

ประสิทธิผลการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 599
ชัยยงค์ โพธิ์ศรี

ผลการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โรงพยาบาลสระบุรี 610
ปฐมา สุคนธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี 619
วรรณพร ดวงศิลป์ ,สุทธีพร มูลศาสตร์ ,วันเพ็ญ แก้วปาน

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 42 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อ การส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอด ประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio การก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน การให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ตามมาตรฐาน HAIT เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)

Information technology quality development Plabphachai Hospital meets HAIT standards to become a Smart Hospital.

(Received: April 21,2026 ; Revised: April 26,2026 ; Accepted: April 28,2026)

รุจิศักดิ์ บวรชาติ[1]
Rujisak Bawonchat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพพึงประสงค์ และความต้องการ (2) พัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐาน HAIT และ (3) ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาในโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด Kemmis และ McTaggart (วงจร PAOR) กลุ่มตัวอย่าง 42 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วยแบบประเมินความพร้อม HAIT แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกต และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบมีความพร้อมระดับปานกลาง (Mean = 2.87, SD = 0.54) และมีช่องว่าง 1.58 คะแนน ภายหลังการพัฒนาโดยใช้ “PLUBPLACHAI Smart IT Model” คะแนนความพร้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Mean = 4.36, SD = 0.35; $p < 0.001$) ระยะเวลารอคอยลดลงร้อยละ 37.5 เวลาเข้าถึงข้อมูลลดลงเหลือน้อยกว่า 1 นาที และการเชื่อมโยงข้อมูลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 95 ความพึงพอใจของบุคลากรและผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ, มาตรฐาน HAIT, เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ, โรงพยาบาลอัจฉริยะ

ABSTRACT

This study aimed to (1) assess the current conditions, desired conditions, and development needs of information technology systems; (2) develop operational guidelines based on HAIT standards; and (3) evaluate the outcomes of system development at Plubplachai Hospital, Buriram Province. This research employed an action research design based on the framework of Kemmis and McTaggart, following the PAOR cycle (Planning–Action–Observation–Reflection). The sample consisted of 42 participants, including healthcare personnel and service users, selected through purposive sampling. Research instruments included a HAIT-based readiness assessment, in-depth interview guides, observation forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that, prior to the intervention, the overall readiness of the information technology system was at a moderate level (Mean = 2.87, SD = 0.54), with a gap score of 1.58. Following the implementation of the “PLUBPLACHAI Smart IT Model,” the readiness score significantly improved (Mean = 4.36, SD = 0.35; $p < 0.001$). Additionally, patient waiting time decreased by 37.5% (from 120 to 75 minutes), data access time was reduced to less than one minute, and the rate of data integration increased from 60% to 95%. Satisfaction levels among both healthcare personnel and service users were at the highest level.

Key word: Quality development, HAIT standards, health information technology, smart hospital

บทนำ

การเตรียมความพร้อมของประชากรให้มีคุณภาพและการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการผลิตและการบริการของประเทศจะเป็นความท้าทายสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำนวัตกรรมเทคโนโลยีข้อมูลขนาดใหญ่ ระบบการทำงานที่เป็นดิจิทัลเข้ามาประยุกต์ใช้อย่างคุ้มค่า และปฏิบัติงานเทียบได้กับมาตรฐานสากล รวมทั้ง มีลักษณะเปิดกว้าง เชื่อมโยงถึงกันและเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อตอบสนองความต้องการของ

[1] นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

ประชาชนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และโปร่งใส[1] โรงพยาบาลเป็นองค์กรหนึ่งที่มีความสลับซับซ้อนและแตกต่างจากองค์กรอื่น ทั้งนี้เนื่องจากเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ชีวิตมนุษย์ การให้บริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย ผู้ให้บริการมีวิชาชีพต่างๆ ที่ต้องมีส่วนร่วมในการทำงาน บุคลากรมีความหลากหลาย และต้องคำนึงถึงคุณภาพความปลอดภัยในชีวิตของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอดจนมาตรฐานต่าง ๆ ในการดูแลรักษาพยาบาล[2] โรงพยาบาลจึงได้นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในการบริหารจัดการในโรงพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการขับเคลื่อนองค์กรมากขึ้น เพื่อสร้างความสะดวกสบาย ความปลอดภัย เพิ่มการเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์แนวโน้มในระบบบริการสุขภาพ โดยสามารถนำมาใช้ในการบริหารงานโรงพยาบาล ในการสนับสนุนการดำเนินงานประจำวันของโรงพยาบาล อาทิ การบันทึกข้อมูลในระบบเวชระเบียน ระบบการเงิน และต่อยอดการเติบโตทางธุรกิจ นำมาใช้ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล อาทิ การพัฒนาคุณภาพการรักษา การลดค่าใช้จ่าย มีการติดต่อสื่อสารเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมไปถึงการนำมาใช้เพื่อเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วม (Digital Transformation) เพื่อสอดรับกับยุคสมัยที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพในการรักษา[3] จากแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีความซับซ้อนยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดทั้งโอกาสใหม่ๆและเกิดความเสี่ยงใหม่ ๆ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นอย่างมาก รวมทั้งการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า มีระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพมากมายหลายระบบมีความซ้ำซ้อน ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ที่เป็นผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการนอกจากนี้ระบบสารสนเทศสุขภาพ ไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ ไม่มีการบูรณาการ ขาดการดำเนินการเพื่อวางรากฐานด้านระบบสารสนเทศสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ มาตรฐานกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของการใช้ข้อมูลสุขภาพ การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนไม่มีประสิทธิภาพตามที่ควร และประชาชนไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพของตนได้[4]

ในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลจำเป็นต้องยกระดับระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับมาตรฐาน (Hospital Accreditation Information Technology) : HAIT[5] มีนโยบายในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อให้เป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องรวมทั้งป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในลักษณะที่ไม่ถูกต้องและการถูกคุกคามจากภัยต่าง ๆ ซึ่งจะอาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานนำเทคโนโลยีที่จะเข้ามาช่วยในการให้บริการที่ตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นรวมถึงเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อเสริมศักยภาพในการบริการให้ก้าวเข้าสู่ Smart Hospital[6] โดยโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล เพื่อลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ

โรงพยาบาลพลับพลาชัยยังขาดระบบที่สอดคล้องกับมาตรฐานดังกล่าวในหลายด้าน เช่น ระบบบริหารจัดการข้อมูล ระบบความมั่นคงปลอดภัย และระบบบริการผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยี อัจฉริยะจากความสำคัญของเทคโนโลยีสารสนเทศ สภาพปัญหา รวมทั้งความคาดหวังในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลให้สำเร็จ ผู้วิจัยในฐานะซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล จึงได้สนใจที่จะพัฒนาแนวทางการบริหารระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้คณะทำงานของโรงพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนการกำกับ ติดตามของคณะตรวจสอบการทำงานพัฒนาคุณภาพ

เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ตามมาตรฐาน HAIT[7] เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)[8] ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพพึงประสงค์และความต้องการในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามมาตรฐาน HAIT เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ของโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามมาตรฐาน HAIT เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ของโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามมาตรฐาน HAIT เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ของโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวทางของ Kemmis & McTaggart[9] รูปแบบ P-A-O-R ประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในทุกกระบวนการ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2568 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบประเมินความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศตามเกณฑ์ HAIT เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบประเมินระดับ (Rating Scale) ตามองค์ประกอบทั้ง 5 หมวดของมาตรฐาน HAIT ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.89 ความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.67

รวมทั้งสิ้น 42 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ทีมผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 9 คน ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 3 คน ผู้ป่วยและผู้รับบริการ จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลพลับพลาชัย ในช่วงระยะเวลาทำการศึกษา และมีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ หรือบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

2) มีประสบการณ์ในการใช้งานระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้สามารถสะท้อนปัญหาและข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมได้

3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

4) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : มีประสบการณ์ในการใช้บริการระบบอัจฉริยะของโรงพยาบาล เช่น การลงทะเบียนออนไลน์ หรือใช้แอปพลิเคชัน และ อายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) บุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาหยุด/ลาป่วย/ลาคลอด หรือมีภารกิจที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยได้ตลอดช่วงระยะเวลาดำเนินการศึกษา

2) บุคลากรที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้อยกว่า 6 เดือน

3) ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนความยินยอมในระหว่างการศึกษา

4) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : ผู้ที่ไม่เคยใช้ระบบอัจฉริยะหรือบริการ IT ของโรงพยาบาล และผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ใช้กับผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ IT และผู้ใช้งานหลัก เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหา ข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนา มีโครงสร้างแบบกึ่งมีแบบแผน (Semi-structured)

3. แบบบันทึกการสังเกต (Observation Form) ใช้บันทึกพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรระหว่างการใช้งานระบบ หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนา IT และครอบคลุมประเด็น เช่น ความคล่องตัวในการใช้งาน การตอบสนองของระบบ และปฏิสัมพันธ์ผู้ใช้

4. แบบประเมินผลหลังการพัฒนา (Post-implementation Evaluation Form) ใช้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ เช่น ความครบถ้วนของระบบ ความมั่นคงปลอดภัย และผลกระทบต่อการบริการ และใช้เก็บข้อมูลเปรียบเทียบ “ก่อนและหลัง” การพัฒนา

5. แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ ประกอบด้วยคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) และคำถามปลายเปิด และครอบคลุมด้านประสิทธิภาพ ความสะดวก ความปลอดภัย และการสนับสนุนการทำงาน

ขั้นดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผน (Plan) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน กำหนดแนวทางการพัฒนาและเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินงาน และวางแผนการพัฒนา

1. ศึกษามาตรฐาน HAIT และแนวทาง Smart Hospital ทบทวนเอกสารจากกระทรวงสาธารณสุข WHO และบทความวิชาการ

2. ศึกษามาตรฐาน HAIT ทั้ง 5 หมวด ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน, ระบบบริหารจัดการ, ระบบบริการ, ระบบความมั่นคงปลอดภัย, ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ

3. วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความพร้อมตามเกณฑ์ HAIT, สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ IT, สังเกตการใช้งานระบบในงานบริการจริง

4. ประชุมทีมพัฒนาและทีมวิจัย จัดเวิร์กชอปกลุ่มย่อย (Focus Group) กับผู้ใช้งานหลัก เพื่อระดมปัญหาและความต้องการ (Need Assessment) วิเคราะห์ SWOT, จัดลำดับปัญหาและความเร่งด่วน, จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนา (Action Plan) แบ่งเป็นกิจกรรมรายเดือน โดยจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วน – รองรับ Smart Hospital

ขั้นตอนที่ 2: การดำเนินการ (Act) เพื่อดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบ IT ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน HAIT

1. ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีสารสนเทศ (Infrastructure) ได้แก่ ติดตั้ง Access Point และ ติดตั้ง Wi-Fi ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล, ปรับปรุงระบบ LAN และเซิร์ฟเวอร์ให้ทันสมัย, สำรองไฟด้วย UPS ในห้อง Data Center

2. พัฒนาและเชื่อมโยงระบบสารสนเทศ (Smart Service) ได้แก่ เชื่อมต่อระบบ HOSxP กับระบบ Health Information Exchange (HIE) และ LIS, ใช้งานระบบนัดหมายผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันโรงพยาบาล, จัดทำ Dashboard แสดงข้อมูลบริการสุขภาพแบบ Real-time, สร้างแอปพลิเคชันโรงพยาบาล (เช่น จองคิว ตรวจผลแลบ) และ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแผนก

3. เพิ่มระบบความมั่นคงปลอดภัย (Security & Privacy) ได้แก่ ติดตั้ง Firewall และ Antivirus, ระบบสำรองข้อมูล (Backup Server), ตั้งค่าการยืนยันตัวตนแบบ 2 ชั้น (Two-factor Authentication), จัดเก็บข้อมูลตาม PDPA

4. พัฒนาทักษะบุคลากร ได้แก่ จัดอบรม “การใช้งานระบบใหม่” และ “ความรู้ด้าน Data Privacy & PDPA”, ทำเวิร์กชอปให้แต่ละแผนกเสนอปัญหาและแนวทางร่วม, ทำสื่อประชาสัมพันธ์ (โปสเตอร์/อินโฟกราฟิก)

ขั้นตอนที่ 3: การสังเกต (Observe) เพื่อเก็บข้อมูลระหว่างการดำเนินงานและประเมินผลในระยะสั้น

1. ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการใช้งานของบุคลากร ได้แก่ ความคล่องตัวในการใช้งานระบบ, การตอบสนองของระบบต่อการให้บริการ

2. เก็บแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรและผู้รับบริการ ด้านประสิทธิภาพ ความสะดวก ความปลอดภัย

3. วัดผลเบื้องต้น (ก่อน-หลัง) ในด้านประสิทธิภาพระบบ ได้แก่ ความเร็วระบบ, เวลารอคิวผู้ป่วย, จำนวนข้อมูลที่ส่งต่อได้ระหว่างแผนก

4. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เจ้าหน้าที่ IT และผู้บริหารเกี่ยวกับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4: การสะท้อนผล (Reflect) เพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อดี ข้อจำกัด และกำหนดแนวทางต่อเนื่อง

1. ประชุมสะท้อนผลกับทีมวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ผลที่ได้จากกิจกรรม, เปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลัง และ รับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม

2. สรุปผลการพัฒนาและถอดบทเรียน ได้แก่ สรุปแนวทางที่ได้ผลและควรปรับปรุง และ จัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาในรอบถัดไป

3. จัดทำรายงานผลการดำเนินงานและเผยแพร่ภายใน ได้แก่ ส่งรายงานให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และ เสนอเป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลในเครือข่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการพัฒนา (Baseline Data) แจกแบบสอบถามความพึงพอใจ และประเมินระบบเดิม เนินการสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ IT และประเมินระบบสารสนเทศด้วยแบบประเมิน HAIT

2. ระหว่างการดำเนินการพัฒนา เก็บข้อมูลการใช้ระบบจริง (ระบบเครือข่าย แอปพลิเคชันระบบ HOSxP), ใช้แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการใช้งานของบุคลากร, สัมภาษณ์ผู้ใช้งานเป็นระยะเพื่อดูปฏิกิริยาและปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และติดตามจำนวนผู้ใช้ระบบใหม่ และบันทึกปัญหาที่พบ

3. หลังการพัฒนา (Post-implementation) แจกแบบสอบถามความพึงพอใจซ้ำอีกครั้ง ประเมินระบบตามเกณฑ์ HAIT อีกรอบ วิเคราะห์และเปรียบเทียบผลก่อน-หลัง และประชุม Focus Group สะท้อนผลการพัฒนา (กับกลุ่มเป้าหมายหลัก)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และเปรียบเทียบก่อน–หลังโดยใช้ *Paired t-test*

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหาด้วยการจัดหมวดหมู่ (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญจากบทสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามเลขที่โครงการ BRO 2025-068 เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2568 หมดอายุวันที่ 25 พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัย

ผลการประเมินความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศตามมาตรฐาน HAIT ก่อนการพัฒนา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.87, SD = 0.54) โดยด้านที่มีค่าคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ด้านระบบบริการ (Mean = 2.65) และด้านความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล (Mean = 2.60) สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงข้อมูลและความปลอดภัยของระบบ ในขณะที่สภาพพึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.45, SD = 0.38) โดยมีความต้องการให้ระบบสามารถเชื่อมโยงข้อมูลแบบ real-time ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความปลอดภัยของข้อมูลตามมาตรฐานกฎหมายเมื่อวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างสภาพปัจจุบันและสภาพพึงประสงค์ (Gap Analysis) พบว่า มีช่องว่างโดยรวมเท่ากับ 1.58 คะแนน โดยด้านที่มีช่องว่างสูงสุด ได้แก่

ระบบบริการอัจฉริยะ ความมั่นคงปลอดภัย และการบูรณาการข้อมูล

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR (Planning – Action – Observation – Reflection) ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลในรูปแบบ “ PLUBPLACHAI Smart IT Model” ซึ่ง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure Development) โดยปรับปรุงระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพิ่มประสิทธิภาพระบบ LAN และ Server และติดตั้งระบบสำรองไฟ

2) การพัฒนาระบบบริการอัจฉริยะ (Smart Service System) โดยพัฒนาระบบนัดหมายออนไลน์ ระบบแอปพลิเคชันโรงพยาบาล และระบบ Dashboard แสดงข้อมูลแบบ real-time รวมถึงเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบ HOSxP, HIE และ LIS

3) การพัฒนาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล (Security & Privacy) โดยติดตั้งระบบป้องกันภัยคุกคาม การยืนยันตัวตนแบบสองชั้น และการจัดการข้อมูลตาม PDPA

4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Human Capacity Development) โดยจัดอบรมและพัฒนาทักษะการใช้งานระบบสารสนเทศแก่บุคลากร

ผลการประเมินความพร้อมตามมาตรฐาน HAIT หลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.87 เป็น 4.36 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนา

ด้าน	ก่อนพัฒนา (Mean±SD)	หลังพัฒนา (Mean±SD)	p-value
โครงสร้างพื้นฐาน	2.95 ± 0.62	4.32 ± 0.41	<0.001
ระบบบริหารจัดการ	2.78 ± 0.58	4.25 ± 0.39	<0.001
ระบบบริการ	2.65 ± 0.60	4.40 ± 0.36	<0.001
ความมั่นคงปลอดภัย	2.60 ± 0.55	4.35 ± 0.33	<0.001
ระบบสนับสนุนบริการ	3.05 ± 0.50	4.50 ± 0.30	<0.001
รวม	**2.87 ± 0.54**	**4.36 ± 0.35**	**<0.001**

ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของระบบบริการภายหลังการพัฒนา พบว่า ระบบบริการมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยลดลงจากเฉลี่ย 120 นาที เหลือ 75 นาที (ลดลงร้อยละ 37.5) และระยะเวลาในการเข้าถึงข้อมูลลดลงจาก 5 นาที เหลือน้อยกว่า 1 นาที ขณะที่อัตราการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 95 ดังตารางที่ 2

ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรและผู้รับบริการหลังการพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดประสิทธิภาพก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระยะเวลารอคอยผู้ป่วย	120 นาที	75 นาที
เวลาเข้าถึงข้อมูล	5 นาที	<1 นาที
การเชื่อมโยงข้อมูล	60%	95%
การใช้บริการออนไลน์	15%	65%

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนพัฒนา (Mean±SD)	หลังพัฒนา (Mean±SD)
บุคลากร	3.02 ± 0.56	4.48 ± 0.42
ผู้รับบริการ	3.15 ± 0.60	4.52 ± 0.38

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์เนื้อหา พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่

(1) ระบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน (Efficiency)

(2) การเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Data Integration)

(3) ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจและยอมรับระบบ (User Acceptance)

(4) องค์กรมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่ Smart Hospital อย่างเป็นรูปธรรม

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยเพิ่มคุณภาพระบบตามมาตรฐาน HAIT ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความพร้อมตามมาตรฐาน HAIT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาอย่างเป็นระบบสามารถยกระดับคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลได้จริง โดยเฉพาะในด้านระบบบริการและความมั่นคงปลอดภัย ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization[10] ที่ระบุว่า การพัฒนา Digital Health System อย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับ David Blumenthal[11] ที่พบว่า การนำ Health Information Technology มาใช้สามารถเพิ่มคุณภาพบริการและลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ การศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ ศุภชัย และคณะ[12] ที่พบว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการ และการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการออกแบบกระบวนการให้บริการใหม่ (process redesign) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพ (efficiency) และความทันเวลา (timeliness) ของระบบบริการสุขภาพ โดยสามารถช่วยลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Institute of Medicine[13] สอดคล้องกับแนวคิดของ Institute of Medicine[13] ที่ระบุว่าระบบสุขภาพที่มีคุณภาพต้องลดความล่าช้าและเพิ่มประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eric Topol[14] ที่พบว่า Digital Health ช่วยลดขั้นตอนและเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลภ และคณะ[15] ที่พบว่าการใช้ระบบนัดหมายออนไลน์ช่วยลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ การบูรณาการข้อมูลช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ผลการวิจัยพบว่า การเชื่อมโยงระบบ HOSxP, HIE และ LIS ทำให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็วและครบถ้วนผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashish Jha[16] ที่พบว่าโรงพยาบาลที่มีระบบข้อมูลเชื่อมโยงสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ สอดคล้องกับงานของ สมชาย และคณะ[17] ที่รายงานว่าการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในระดับเครือข่ายช่วยเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจทางคลินิก การพัฒนาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญของ Smart Hospitalผลการวิจัยพบว่า ระบบมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นจากการใช้เทคโนโลยี เช่น Two-factor authentication และระบบสำรองข้อมูล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของมาตรฐาน HAIT สอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization[18] ที่เน้นความสำคัญของ Data Security และ Privacy ในระบบสุขภาพดิจิทัล และ Kruse และคณะ[19] พบว่า การพัฒนาระบบความปลอดภัยข้อมูลในระบบสารสนเทศสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อความเชื่อมั่นของผู้ใช้งานและการยอมรับระบบ โดยเฉพาะในบริบทที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งประเด็นด้านความเป็นส่วนตัวและความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญต่อการใช้งาน นอกจากนี้ ปัจจัยด้านองค์กรและการมีส่วนร่วมของบุคลากรยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยและความสำเร็จของระบบ หากผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความเข้าใจ การยอมรับระบบ และความพึงพอใจในการใช้

งาน ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] ที่ระบุว่า Action Research ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนในองค์กร

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

การพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศตามมาตรฐาน HAIT โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถยกระดับคุณภาพระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ส่งผลให้ระบบบริการมีความรวดเร็ว เชื่อมโยง และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น นอกจากนี้ รูปแบบ “PLUBPLACHAI Smart IT Model” ที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับองค์กรและเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างชัดเจน โดยบูรณาการมาตรฐาน HAIT เข้ากับแผนพัฒนาโรงพยาบาล รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรด้านโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรอย่างเพียงพอ เพื่อให้การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ควรพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลอย่างครบวงจร โดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ (Health Information Exchange: HIE) และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support System: CDSS) รวมทั้งปรับปรุงระบบ Smart Service ให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดขั้นตอน เพิ่มความรวดเร็ว และยกระดับคุณภาพบริการ

3. ควรมีการศึกษาต่อยอดในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อประเมินผลกระทบของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งควรขยายการศึกษาไปยังหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปของผลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลับพลาชัย คณะผู้บริหาร และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและพัฒนาระบบ รวมถึงผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ และ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Office of the National Economic and Social Development Council.(2018). National strategy 20 years. Bangkok: Secretariat Office of the National Strategy Committee; 2018.

2.Seetakaling P.(2015). Hospital administration leadership [Internet]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2015 [cited 2025 Mar 5]. Available from: https://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book581/Hospital581.pdf

3.Medical Informatics Association of Thailand.(2025). Hospital information technology quality improvement framework (HITQIF). Bangkok: Working Group on Hospital Information Technology Quality Improvement Framework Development; 2025.

4.Subcommittee on the Study of Health Information Systems in Thailand, Senate. Study report on health information systems in Thailand. Bangkok: Secretariat of the Senate; 2015.

5.Department of Health Service Support.(2020). Guidelines for hospital development using HAIT standard. Bangkok: Ministry of Public Health; 2020.

6.World Health Organization.(2020). Global strategy on digital health 2020–2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 May 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924

7.Healthcare Accreditation Institute (Public Organization).(2021). HAIT information technology standard (version 2.0). Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2021.

8.Ministry of Public Health.(2022). Smart hospital guidelines. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022.

9.Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

10.World Health Organization.(2020). Global strategy on digital health 2020–2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 May 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924

11.Blumenthal D.(2010). Launching HITECH. N Engl J Med. 2010;362(5):382–5.

12.Suteeprasert T, Suwancharoen S, Chansaeng S, Bunsiriluck S. Needs and satisfaction of the quality of graduates from the community public health program, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi. J Public Health Innov. 2021;1(1):1–13.

13.Institute of Medicine (US).(2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.

14.Topol E.(2019). Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Basic Books; 2019.

15.Ruangkongngoen W, Samutrawet C.(2022). Development of an online appointment referral system model for outpatient department, Omkoi Hospital. J Nurs Public Health Res. 2022;2(1):60–69.

16.Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, Donelan K, Rao SR, Ferris TG, et al.(2009). Use of electronic health records in U.S. hospitals. N Engl J Med. 2009;360(16):1628–38.

17.Sriprasert S.(2019). Internet usage among the elderly: challenges and opportunities. J Soc Sci Humanit. 2019;14(2):34–50.

18.World Health Organization.(2025). Global strategy on digital health 2020–2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 May 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924

19.Kruse CS, Frederick B, Jacobson T, Monticone DK.(2017). Cybersecurity in healthcare: A systematic review of modern threats and trends. Technol Health Care. 2017;25(1):1–10.

รูปแบบการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

A model for developing integrated elderly clinic services in Ubolratana District, Khon Kaen Province.

(Received: April 23,2026 ; Revised: April 27,2026 ; Accepted: April 29,2026)

อภิสรา ธำรงวรางกูร[1] พวงเพชร จันทร์บุตร[1]
Aphitara Thamrongwaranggoon[1] Puangpetch Juntabood[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับโรงพยาบาลชุมชน และประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนา การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และบริบทในพื้นที่ 2) การพัฒนารูปแบบร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้คลินิกสูงอายุเคลื่อนที่เชิงรุกและระบบ Telemedicine และ 3) การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรและเครือข่ายจำนวน 153 คน และกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา บูรณาการร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุก การประเมินซ้ำ คลินิกเคลื่อนที่และการรักษา การสื่อสารทางไกล (Telemedicine) และการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่า อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.61 เป็น 82.00 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.40 เป็น 93.10 อัตราการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.80 เป็น 21.00 และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (3.42) เป็นระดับมากที่สุด (4.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตาม พบอุปสรรคสำคัญในการส่งต่อรักษาคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแล (No Caregiver) และมีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีในการใช้ระบบ Telemedicine ด้วยตนเอง

คำสำคัญ คลินิกผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, คลินิกสูงอายุเคลื่อนที่ในชุมชน

Abstract

This research is a Research and Development (R&D) study utilizing a Participatory Action Research (PAR) approach. It aims to develop an integrated geriatric care clinic service model and evaluate its outcomes in terms of screening rates, service accessibility, and satisfaction. The implementation was divided into 3 phases: 1) studying the local situation and context; 2) developing the model collaboratively with network partners by utilizing a proactive mobile geriatric clinic and a Telemedicine system; and 3) evaluating the operational outcomes. The sample consisted of 153 personnel and network members, along with the elderly population in Ubolratana District. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics integrated with qualitative content analysis.

The results revealed that the developed service model consists of 5 key components: proactive screening, reassessment, mobile clinic and treatment, Telemedicine, and referral for continuous care. When comparing the outcomes before and after the model implementation, it was found that the health risk screening rate increased from 56.61% to 82.00%. The service access rate for at-risk elderly individuals increased from 15.40% to 93.10%. The specialist referral rate increased from 4.80% to 21.00%. Furthermore, the satisfaction level toward the service model increased from a moderate level (3.42) to the highest level (4.68) with statistical significance ($p < 0.01$). However, significant barriers to treatment referrals were identified; namely, the majority of the elderly lacked caregivers (No Caregiver) and faced technological limitations in using the Telemedicine system independently.

Keywords Integrated Geriatric Clinic Model, Community Participation, Mobile Geriatric Clinic in the Community

[1] โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566[1] โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลโดยตรงต่อภาระพึ่งพิงและงบประมาณด้านสาธารณสุข[2] เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) เช่น ภาวะสมองเสื่อม การพลัดตกหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และความบกพร่องทางการมองเห็น ซึ่งหากไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลอย่างเป็นระบบ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพและเป็นภาระแก่ผู้ดูแลในระยะยาว จากการศึกษาสถานการณ์ในเขตพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น[3] ปัจจุบันอำเภออุบลรัตน์มีผู้สูงอายุจำนวน 7,808 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ของประชากรทั้งหมด โดยร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุในพื้นที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงมาก (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) บริบทของพื้นที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ วัยแรงงานอพยพเข้าเมือง ครอบครัวขนาดเล็ก และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวในสัดส่วนสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากดูแลกันเอง

โรงพยาบาลอุบลรัตน์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งถือว่ามีข้อจำกัดอย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าโรงพยาบาลได้พยายามพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านเชิงรุก และการบูรณาการการดูแลร่วมกับกองทุนผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC)[4] แต่พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุในสัดส่วนที่น้อยมาก เนื่องจากบริการที่มีอยู่ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนชนบท ขาดความครอบคลุมและความต่อเนื่อง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านและดูแลกันเองตามบริบทที่มี อาการที่พบจึงมักถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้นตามวัย ทั้งที่ความเป็นจริงภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะพลัดตกหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และปัญหาการมองเห็น ล้วนเป็นภาวะที่สามารถตรวจพบและจัดการได้ตั้งแต่ระยะเนิ่นๆ หากมีระบบคัดกรองที่เหมาะสมและครอบคลุม[5] นอกจากนี้ระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แม้จะมีการดำเนินการอยู่ แต่ยังขาดการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงไม่ได้รับการส่งต่อสู่ระบบบริการอย่างทันท่วงที [6]

จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าโมเดลการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงชุมชนกับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ สามารถลดภาระของผู้ดูแลและป้องกันการเพิ่มขึ้นของความต้องการการดูแลระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ[7] การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของรูปแบบดังกล่าว เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระดับอำเภอ จังหวัด และระดับประเทศต่อไป สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) ของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับโรงพยาบาลชุมชน และประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการในช่วง 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง 30 ธันวาคม 2568 โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์ (ดำเนินการ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567)

ผู้วิจัยทำการศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จากข้อมูลเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกสูงอายุของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ข้อมูลในระบบ HIS ของโรงพยาบาลและรพสต.ในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ และข้อมูลจากระบบ health data center ของสสจ.ขอนแก่น ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2567 โดยนำข้อมูลจากการประเมินผลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุใน 4 ความเสี่ยงด้านสุขภาพสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะด้านการมองเห็น ภาวะซึมเศร้า และภาวะพลัดตกหกล้ม รวมถึงศึกษาสภาพแวดล้อมและอัตราส่วนพึ่งพิงในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบ โดยครอบคลุมกิจกรรมดังนี้

1.ทบทวนข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

ได้ทำการทบทวนข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านโดยอสม. และข้อมูลจากระบบ HISและ HDC data center พบข้อมูล ใน 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องทางการมองเห็น และความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม เป็น 4 อันดับแรกที่พบผู้ป่วยภาวะเสี่ยงมากที่สุด พร้อมทั้งสำรวจอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม และบริบทการดูแลในพื้นที่ 6 ตำบล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและออกแบบรูปแบบบริการ

2. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คณะผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากระบบบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกสูงอายุ (5-point Likert Scale) และแบบบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

3. การคืนข้อมูลสู่ชุมชนและภาคีเครือข่าย

นำข้อมูลที่ได้คืนข้อมูลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และชุมชนเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนรับรู้สถานการณ์จริงและร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ การใช้รูปแบบจริงในชุมชน
(ดำเนินการ 1 มกราคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568)

ดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายผ่าน 4 กิจกรรมหลัก ในช่วงปีงบประมาณ 2568และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ 6 ตำบลของอำเภออุบลรัตน์ มีกิจกรรมได้แก่

1.การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้กับทีมสหวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และการส่งต่อตามระดับศักยภาพ รวมถึงการทบทวนและฝึกปฏิบัติทักษะการคัดกรองภาวะเสี่ยง 4 ด้านด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ทดสอบความสม่ำเสมอระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ก่อนออกปฏิบัติงานจริง

2. การเสริมสมรรถนะทีมชุมชน

จัดประชุมฟื้นฟูและทบทวนแนวทางการคัดกรอง การส่งเสริม และการป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุให้กับทีมชุมชน ได้แก่ อสม. นักบริบาลชุมชน (CG) และผู้ดูแลผู้ป่วย (Family Caregiver) จำนวน 121 คน ซึ่งกลุ่มนี้ถือเป็นด่านหน้าที่จะต้องคัดกรองผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่ระบบบริการเพื่อให้

สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยง สังเกตอาการ และส่งต่อได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที

3. การออกแบบรูปแบบบริการร่วม (Co-Design)

ดำเนินการประชุมระดมสมอง (Brainstorming) ระหว่างทีมสหวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อปท. แกนนำ อสม. และนักบริบาลชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน โดยนำผลการประเมินภาวะสุขภาพที่คืนจากระยะที่ 1 มาเป็นฐานข้อมูลในการออกแบบร่วมกัน เกิดรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1.คลินิกสูงอายุเคลื่อนที่เชิงรุก (Proactive Mobile Geriatric Clinic) กำหนดให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ออกให้บริการ ณ รพ.สต. ทุกแห่งในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน โดยให้บริการตรวจคัดกรองอย่างละเอียด การให้คำแนะนำ การรักษา และการประเมินเพื่อส่งต่อหรือติดตามต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากที่สหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ดำเนินการเบื้องต้น

2.ระบบ Telemedicine เพื่อการติดตามต่อเนื่อง ใช้ในกรณีผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องติดตามต่อเนื่องแต่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ โดยบูรณาการผ่านช่องทาง Line Application โดยมีผู้ดูแล นักบริบาลชุมชน และอสม.เป็นผู้เชื่อมต่อบริการแทนผู้สูงอายุ

3.การนำรูปแบบไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการจริงใน 6 ตำบลของอำเภออุบลรัตน์ ครอบคลุม รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง โดยติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจร PAR เพื่อให้รูปแบบบริการสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน (ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2568 ถึง 30 ธันวาคม 2568)

ดำเนินการเก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการใน 5 ตัวชี้วัดหลัก โดยแบ่งการเก็บข้อมูลตามประเภทตัวชี้วัด ดังนี้

1. ตัวชี้วัดเชิงระบบบริการ รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลบริการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดังนี้

1.1 อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง 4 ด้าน คำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองหารด้วยจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ควรได้รับการคัดกรอง คูณ 100 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80 รายงานแยกตาม รพ.สต. แต่ละแห่ง

1.2 อัตราการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบคลินิก คำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งต่อหารด้วยจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่ตรวจพบ คูณ 100 รายงานแยกตามประเภทภาวะเสี่ยงทั้ง 4 ด้าน

1.3 อัตราการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) คำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์และได้รับการบรรจุเข้าสู่ระบบ LTC หารด้วยจำนวนที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด คูณ 100

2. ตัวชี้วัดเชิงความพึงพอใจ

เก็บข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรและเครือข่ายจำนวน153 คน และจากกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 200 คนโดยเก็บข้อมูลก่อนการใช้รูปแบบ (ช่วงก่อนการอบรมฟื้นฟูให้กับทีมชุมชน) และหลังการใช้รูปแบบในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย ความพึงพอใจของผู้รับบริการและความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการจัดบริการ เก็บด้วยแบบสอบถาม 5-point Likert Scale แปลผลตามเกณฑ์มาตรฐาน (4.51–5.00 = มากที่สุด ถึง 1.00–1.50 = น้อยที่สุด)

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8–10 คน ใช้เวลากลุ่มละ 60–90 นาที และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก 10–15 คน ใช้เวลาครั้งละ 30–60 นาที วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles, Huberman & Saldaña (2014) ผ่านกระบวนการ

กำหนดรหัสแบบอุปนัย (Inductive Coding) การจัดกลุ่มหมวดหมู่ และการสร้างประเด็นหลัก (Themes) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล วิธีการ และผู้วิจัย (Investigator Triangulation)

พื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นอำเภอที่มีพื้นที่ครอบคลุม 6 ตำบล โดยมีโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 8 แห่งที่ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการจัดรูปแบบบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่จริงในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 7,808 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการ PAR ทุกระยะในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบประชากรทั้งหมด เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนจำกัดและสามารถเข้าถึงได้ครบทุกราย จึงไม่มีความจำเป็นต้องคำนวณขนาดตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 153 คน ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มผู้ออกแบบและบริหารจัดการระบบบริการ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำนวน 10 คน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการออกแบบและนำรูปแบบบริการไปใช้ ร่วมกับ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ จำนวน 2 คน ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลและวางแนวทางด้านนโยบายพยาบาลและบุคลากรฝ่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำนวน 12 คน รับผิดชอบการประสานงานและดำเนินงานในคลินิก และ บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 8 แห่ง จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการคัดกรองและติดตามผลการดูแลในระดับพื้นที่

1.2 กลุ่มปฏิบัติการและดูแลในชุมชน ประกอบด้วยเครือข่ายภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 71 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ทำหน้าที่ค้นหาและส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบ ร่วมกับ นักบริบาลชุมชน (Caregiver) จำนวน 20 คน ที่ดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยของกองทุนการดูแลระยะยาว (Long Term Care) จำนวน 30 คน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รูปแบบการจัดบริการครอบคลุมตั้งแต่สถานบริการจนถึงบ้านของผู้รับบริการ

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่จริงในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในระบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้วัดผลลัพธ์เชิงระบบบริการของรูปแบบ PAR ที่ผ่านการพัฒนาร่วมกัน ครอบคลุมผู้สูงอายุอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ และเข้ารับบริการคัดกรองสุขภาพ ณ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หรือคลินิกเคลื่อนที่ ณ รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 โดยรวบรวมจากระบบฐานข้อมูลบริการ ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกรายที่ผ่านกระบวนการบริการ จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

3.ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Informants) เพื่อให้ได้ความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคของการดำเนินงาน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1กลุ่มสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วยตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข อสม. และนักบริบาลชุมชน กลุ่มละ 8–

10 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวม 16–20 คน โดยจัดแยกกลุ่มตามประเภทผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเป็นอิสระในการแสดงความเห็น และดำเนินการจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)

3.2 กลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วยตัวแทนผู้บริหาร แพทย์ ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในระบบ LTC จำนวน 10–15 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะถึงจุดอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลจากระบบบริการ (Service Record Form) ใช้รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดเชิงระบบ 3 ด้าน ได้แก่ อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง 4 ด้าน อัตราการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบคลินิก และอัตราการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) โดยรวบรวมจาก 3 แหล่งข้อมูลหลัก ได้แก่ แบบบันทึกการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาวะเสี่ยง (ของโรงพยาบาลอุบลรัตน์และ รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง) แบบติดตามผลการส่งต่อ และฐานข้อมูล LTC ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ครอบคลุมปีงบประมาณ พ.ศ. 2567–2568

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรเครือข่ายต่อรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert Scale) ตั้งแต่ "น้อยที่สุด" (1 คะแนน) ถึง "มากที่สุด" (5 คะแนน) ผู้เข้าร่วมกรอกด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaire) ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาที

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ใช้กับผู้ร่วมวิจัยจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8–10 คน ใช้เวลากลุ่มละ 60–90 นาที ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ครอบคลุมประเด็นกระบวนการมีส่วนร่วม ปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยมีผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) และผู้ช่วยวิจัย 1 คนทำหน้าที่บันทึกและสังเกตการณ์

2.2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ใช้กับผู้ให้ข้อมูลหลัก 10–15 คน ใช้เวลาครั้งละ 30–60 นาที ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ครอบคลุมประเด็นเชิงนโยบาย กลไกการขับเคลื่อน และปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของรูปแบบบริการ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจ ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ 2 ขั้นตอน ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และนักวิจัยด้านสาธารณสุข คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) กำหนดเกณฑ์ค่า IOC ≥ 0.67 ถือว่าผ่าน และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน คำนวณด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่า ≥ 0.70 ถือว่าผ่าน ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล (Source Triangulation) และด้านวิธีการ (Method Triangulation) พร้อมทั้งทดสอบความสม่ำเสมอระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปบูรณาการกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Integration) เพื่ออธิบายผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการในภาพรวม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างชัดเจนก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นอาสาสมัครและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือสิทธิประโยชน์ใด ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบไม่เปิดเผยชื่อ ใช้รหัสแทนข้อมูลส่วนบุคคล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อป้องกันการระบุตัวตน นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัย และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบคุณลักษณะที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 3,467 ราย (ร้อยละ 62.4) และเพศชาย จำนวน 2,089 ราย (ร้อยละ 37.6) โดยมีอายุเฉลี่ย (Mean) อยู่ที่ 72.4 ปี (S.D. = 8.9) และมีช่วงอายุที่กว้างตั้งแต่ 60 ปี จนถึงสูงสุด 104 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด ถึง 4,217 ราย (ร้อยละ 54.01) รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 2,583 ราย (ร้อยละ 33.08) และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.87) ในด้านสถานะสุขภาพ พบข้อบ่งชี้ที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง สูงถึง 6,574 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในด้านภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ยังคงเป็นกลุ่มติดสังคมที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในขณะที่ร้อยละ 25 เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลสนับสนุน ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นประเด็นความเสี่ยงทางสังคม โดยพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 2,498 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 32.2 พบว่าไม่มีผู้ดูแล

รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ได้รูปแบบที่สำคัญสามารถดำเนินการและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ได้ตามตารางสรุปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

องค์ประกอบหลัก	กิจกรรมสำคัญ	ผู้รับผิดชอบหลัก
1. การคัดกรองเชิงรุก (Proactive Screening)	คัดกรองภาวะเสี่ยง 9 ด้านในชุมชน โดยเน้น 4 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ (สมองเสื่อม, การมองเห็น, ซึมเศร้า, หกล้ม)	อสม., นักบริบาลชุมชน, และผู้ดูแล (Caregiver)
2. การประเมินซ้ำและเตรียมเคส (Re-assessment)	นัดหมายผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมาประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือเฉพาะทาง ณ รพ.สต. เพื่อยืนยันความผิดปกติก่อนพบแพทย์	เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพยาบาลวิชาชีพปฐมภูมิ
3. คลินิกเคลื่อนที่และการรักษา (Mobile Clinic & Treatment)	จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ทุกวันอังคารบ่าย โดยหมุนเวียนไปตาม รพ.สต. ทั้ง 6 ตำบล (ตำบลละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ของรพ.และรพสต.
4. การสื่อสารทางไกล (Telemedicine)	ใช้ระบบ Telemedicine เพื่อปรึกษาแพทย์ในรายใหม่หรือติดตามอาการในรายเก่าที่ไม่สะดวกเดินทางมายังหน่วยบริการ หรือโรงพยาบาล	แพทย์, พยาบาล, และเจ้าหน้าที่ไอที

ตารางที่ 1 รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

องค์ประกอบหลัก	กิจกรรมสำคัญ	ผู้รับผิดชอบหลัก
5. การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง (Referral & LTC)	ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และนำผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบ Long-Term Care	แพทย์เฉพาะทาง, Care Manager (CM), และทีมหมอครอบครัว

ผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนา

จากรูปแบบดังกล่าวเมื่อนำมาใช้จริงในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ทั้ง 6 ตำบล 71 หมู่บ้าน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกับปีงบประมาณก่อนหน้าการใช้รูปแบบของการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุในระดับอำเภอ พบว่าอัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุโดยทีมชุมชน อัตราการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อัตราการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางในผู้สูงอายุที่ต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม และ ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางสรุปผลลัพธ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบคลินิกการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators)	ก่อนใช้รูปแบบ (ปี 2567)	หลังใช้รูปแบบ (ปี 2568)	p-value
อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	56.61%	82.00%	< 0.001*
อัตราการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง	15.40%	93.10%	< 0.001*
อัตราการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางในผู้สูงอายุที่ต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม	4.80%	21.00%	< 0.01*
ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ	3.42 (ปานกลาง)	4.68 (มากที่สุด)	< 0.001*

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลขการเข้าถึงแยกตามกลุ่มภาวะเสี่ยง ได้ข้อมูลรายละเอียด ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (Mobile Geriatric Clinic) จำแนกตามภาวะเสี่ยง

ประเด็น	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง	เข้าถึงบริการคลินิกสูงอายุเคลื่อนที่	ได้รับการส่งต่อหรือ ประสงค์ไปตรวจเพิ่มเติมกับแพทย์เฉพาะทาง
ภาวะเสี่ยงด้านการมองเห็น	1,225 ราย	560 ราย (45.71%)	117 ราย (9.5%)
ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม	788 ราย	152 ราย (19.28%)	12 ราย (1.5%)
ภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	392 ราย	132 ราย (33.67%)	10 ราย (2.5%)
ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า	106 ราย	90 ราย (84.9%)	2 ราย (1.8%)

จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบข้อมูลสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นดังนี้

1. กระบวนการมีส่วนร่วมและกลไกการขับเคลื่อน (Participation & Mechanisms) จุดเด่นของพื้นที่คือมีความร่วมมือระดับเครือข่ายโดยเฉพาะรพ.สต. ในพื้นที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมากในการประสานงาน นัดหมายผู้ป่วย และเตรียมสถานที่สำหรับคลินิกเคลื่อนที่ บทบาทของแกนนำชุมชน ได้แก่ อสม. และนักบริบาลชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมสำคัญในการเป็น "ด่านหน้า" เพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงเชิงรุกในชุมชนและช่วยอำนวยความสะดวกในวันจัดกิจกรรม การสนับสนุนเชิงวิชาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ In-service training ในหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้มีพื้นที่ในการฝึกประสบการณ์และร่วมออกแบบกิจกรรมในคลินิกได้อย่างอิสระตามบริบทของพื้นที่ตนเอง

2. ปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จ (Enabling Factors) ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมใน

ระดับดีมาก (ร้อยละ 90 ขึ้นไป) เนื่องจากได้รับบริการที่สะดวกและใกล้บ้าน ซึ่งแต่ต่างจากบริการเดิมที่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต้องเข้ารับการรักษาที่คลินิกสูงอายุในโรงพยาบาล รวมถึงการนำระบบ Telemedicine มาใช้ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายและท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของบริการ

3. อุปสรรคและข้อจำกัด (Barriers & Challenges) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนขาดผู้ดูแลที่ชัดเจน (No Caregiver) ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่อง และจากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทาง เป็นอุปสรรคที่พบอันดับหนึ่งในการส่งต่อเพื่อตรวจเพิ่มเติมหรือทำการรักษาตัวโรค ทำให้มีอัตราการปฏิเสธการส่งต่อเพื่อไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลใหญ่ นอกจากนี้พบข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์เพื่อการสื่อสารหรือใช้ระบบ Telemedicine ได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่หรือ อสม. คอยช่วยเหลือ

4. ข้อเสนอแนะและปัจจัยสู่ความยั่งยืน (Sustainability) ควรนำรูปแบบคลินิกเคลื่อนที่นี้บรรจุเข้าเป็นแผนงานปกติของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ควรพัฒนาแพลตฟอร์ม Telemedicine ให้ใช้งานง่ายขึ้นสำหรับเจ้าหน้าที่ระดับชุมชนเพื่อช่วยลดภาระการเดินทางของผู้สูงอายุ และควรเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. และนักบริบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน มีประเด็นค้นพบที่สำคัญซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการจัดบริการเชิงรุกและการเข้าถึงบริการ ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 82.00 และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการคลินิกเคลื่อนที่ (Mobile Geriatric Clinic) ได้สูงถึงร้อยละ 93.10 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ[8] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) โดยการเพิ่มจุดคัดกรองในชุมชน ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักบริบาล (Caregiver) ให้เป็น "ด่านหน้า" ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับ ยุทธพล เดชารัตนชาติ[9] และ อรวรรณ ศรีเกิน และคณะ[10] ที่ระบุว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การประเมินภาวะสุขภาพในพื้นที่กว้างมีความครอบคลุม และสามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11]

2. ความพึงพอใจต่อรูปแบบคลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในระดับดีมาก (มากกว่าร้อยละ 90) ปัจจัยหลักเกิดจากการได้รับบริการใกล้บ้าน ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและลดความยากลำบากในการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sritart H. และคณะ[12] ที่ชี้ให้เห็นว่าระยะทางและบริบททางภูมิศาสตร์เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Spatial barriers) สำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกล การจัดคลินิกเคลื่อนที่หมุนเวียนไปตาม รพ.สต. จึงเป็นการทลายกำแพงด้านการเดินทาง นอกจากนี้ การให้ชุมชนร่วมเป็นเจ้าของพื้นที่บริการยังช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการประเมินและรักษามากขึ้น[13]

3. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี แม้งานวิจัยนี้จะมีการนำระบบ Telemedicine มาใช้

เพื่อปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลก[14] และงานวิจัยของ Portnoy และคณะ[15] ในด้านการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะไกล แต่ผลการศึกษาเชิงคุณภาพกลับพบข้อจำกัดสำคัญ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านความรอบรู้ทางดิจิทัล (Digital Literacy) ไม่สามารถใช้งานอุปกรณ์ได้ด้วยตนเอง ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดอนสมัคร ศ. และคณะ[16] ที่ระบุว่าการแพทย์ทางไกลในผู้ป่วยสูงอายุไทยจะไม่สามารถบรรลุผลได้หากขาด "ผู้ช่วยเหลือ (Navigators)" ดังนั้น การที่อำเภออุบลรัตน์ใช้ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมต่อระบบให้ จึงเป็นการแก้ปัญหาช่องโหว่ทางเทคโนโลยีนี้ได้อย่างตรงจุด

4. อุปสรรคในการส่งต่อ (Referral Barriers) และการขาดแคลนผู้ดูแล ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ แม้การเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิจะสูงมาก แต่เมื่อจำเป็นต้องส่งต่อผู้มีความเสี่ยงสูงเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง กลับมีอัตราการส่งต่อเพียงร้อยละ 21.00 โดยมีอุปสรรคหลักคือ "การขาดผู้ดูแล (No Caregiver)" ที่จะพาเดินทางไปโรงพยาบาลระดับจังหวัด ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ไม่ใช่ปัจจัยเชิงพื้นที่ (Aspatial barriers) ตามแนวคิดเรื่องการเข้าถึงบริการของ Penchansky และ Thomas[17] ประเด็นนี้สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย[18] และงานวิจัยของ Boongird และ Ross[19] ที่พบว่าผู้สูงอายุในชนบทมักเลือกที่จะละทิ้งการรักษาขั้นสูงหากต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายแฝง (Indirect costs) หรือรู้สึกว่าเป็นภาระแก่บุตรหลาน นอกจากนี้การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มหรือสมองเสื่อมมีโอกาสหลุดออกจากระบบบริการสุขภาพขั้นสูงได้ง่ายขึ้น[20]

5. ความยั่งยืนและการพัฒนาเชิงนโยบาย จากผลการดำเนินงาน การบูรณาการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่เข้ากับแผนปฏิบัติงานปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับคู่มือแนวทางของกรมอนามัย[21] และกรมควบคุมโรค[22] ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสถานีสุขภาพชุมชนเพื่อชะลอความชรา การเสริมพลังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามาร่วมสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูฯ และทรัพยากรด้านนักบริบาล จะเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยแก้ปัญหาเรื่องการขาดแคลนผู้ดูแลและเสริมสร้างความยั่งยืนของรูปแบบบริการในระยะยาว

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ได้สร้างรูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการและการใช้ระบบสนับสนุนดิจิทัล โดยเปลี่ยนจากการตั้งรับในโรงพยาบาลเป็นการจัดบริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ซึ่งส่งผลให้ตัวชี้วัดหลักทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะยังมีข้อจำกัดสำคัญในเรื่องการขาดแคลนผู้ดูแลครอบครัวและทักษะด้านเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ แต่รูปแบบนี้ถือเป็นต้นแบบที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความครอบคลุมของการดูแลสุขภาพสังคมสูงวัยในพื้นที่ชนบทได้อย่างยั่งยืน หากได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบรรจุรูปแบบคลินิกเคลื่อนที่ (Mobile Clinic) ให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ (CUP) และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดงบประมาณสนับสนุนที่ยั่งยืน

2. ควรพัฒนาระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางผ่าน Telemedicine จาก รพ.สต. ตรงไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจะทำให้ได้รับการรักษาภาวะเสี่ยงหรือโรคที่พบในผู้สูงอายุได้ตามมาตรฐาน และลดความเหลื่อมล้ำ รวมถึงแก้ไขอุปสรรคเรื่องการเดินทางและความยากลำบากที่จะไปพบแพทย์เฉพาะทางในรพ.แม่ข่ายซึ่งอยู่ห่างไกล

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจมีการเปรียบเทียบต้นทุนระหว่างการจัดคลินิกเคลื่อนที่กับ

การที่ผู้สูงอายุต้องเดินทางมารับบริการเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายแก่ภาครัฐ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร ธันวาคม 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง; 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th

2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th

3.กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th

4.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2566.

5.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.

6.Silawan T, Powwattana A, Ponsen P, Ninkarnjanakun N. Promoting the wellness of older adults through integrated health-promoting programs and supportive peers: a quasi-experimental study in semi-urban communities of northeastern Thailand. J Prim Care Community Health. 2024;15:21501319241241456. doi:10.1177/21501319241241456

7.Aung MN, Moolphate S, Aung TNN, Koyanagi Y, Kurusattra A, Chantaraksa S, et al. Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: a cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004. Health Res Policy Syst. 2022;20(Suppl 1):110. doi:10.1186/s12961-022-00911-5

8.เจนพานิชทรัพย์ ม, แก้วอำไพ ณ, คลีกร ว. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(1):255-71.

9.เดชารัตนชาติ ย, คชโคตร ย. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2565;22(3):63-80.

10.ศรีเกิน อ, ภูหงษ์ทอง ม, ไชยรัตน์ พ. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [อ้างเมื่อ 1 เมษายน 2569];1(2):39-54. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/245204

11.ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(3):56-68.

12.Sritart H, Tuntiwong K, Miyazaki H, Taertulakarn S. Disparities in Healthcare Services and Spatial Assessments of Mobile Health Clinics in the Border Regions of Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(20):10782. doi:10.3390/ijerph182010782

13.แพชัยภูมิ ณ, สิงห์ศาลาแสง อ, ลือนาม อ. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2568;35(2):57-74.

14.Ryu S. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). Healthc Inform Res. 2012;18(2):153–5. doi:10.4258/hir.2012.18.2.153

15.Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(5):1489–91. doi:10.1016/j.jaip.2020.03.008

16.ดอนสมัคร ศ, ลีพหวรงค์ พ, พลรักดี ก, อังกาบ ภ, หัดโนนตุ่น พ, พราวแจ้ง จ, และคณะ. ระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยนอกสูงอายุในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2567;20(1):13-27.

17.Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127–40. doi:10.1097/00005650-198102000-00001

18.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/printed-matter/399

19.Boongird C, Ross R. Views and Expectations of Community-Dwelling Thai Elderly in Reporting Falls to Their Primary Care Physicians. J Appl Gerontol. 2017;36(4):480–98. doi:10.1177/0733464815606799

20.Khongboon P, Kespichayawatt J. Accidental falls and associated factors among the elderly in Thailand: a national cross-sectional study in 2007, 2011, 2014 and 2017. J Health Res. 2022;36(4):767–80. doi:10.1108/JHR-07-2020-0308

21.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Individual Wellness Plan). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201573

22.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล ในชุมชน. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.

การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

MANAGEMENT AND OUTCOMES OF NURSING MANAGEMENT FOR PATIENTS WITH SUSPECTED SEPSIS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT.

(Received: April 2,2026 ; Revised: May 27,2026 ; Accepted: June 17,2026)

ณัฐชยา ใจบุญนอก[1] ปะราลี โอภาสนันท์[2]
Natchaya Jaiboonnok[1] Paralee Opasanant[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการทางการพยาบาล ผลลัพธ์ และความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทางการพยาบาลกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มตัวอย่างคือเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 140 ราย ที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปีงบประมาณ 2565–2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's Exact test, Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.43) อายุเฉลี่ย 69.34 ปี (SD = 15.86) โดยร้อยละ 52.14 อยู่ในกลุ่ม NEWS ≥7 มีคะแนน NEWS เฉลี่ย 7.39 (SD = 3.58) ด้านการจัดการทางการพยาบาล พบว่าการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงมีอัตราสูงสุดร้อยละ 88.57 (Median time = 10 นาที) รองลงมาคือการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 80.00 (Median time = 44 นาที) และการให้สารน้ำตามเกณฑ์ ≥1,500 ml ร้อยละ 49.29 อย่างไรก็ตาม มีการปฏิบัติตาม Sepsis bundle ครบถ้วนเพียงร้อยละ 38.57 ด้านผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50.00 ถูกส่งต่อ ร้อยละ 43.57 จำหน่ายกลับบ้าน และร้อยละ 6.43 เสียชีวิต มีระยะเวลานอนโรงพยาบาล Median = 6.0 วัน (IQR = 3.0–7.0 วัน) โดยกลุ่ม NEWS ≥7 มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดร้อยละ 10.96 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าไม่มีตัวแปรการจัดการทางการพยาบาลใดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทั้ง 4 ตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05 ทุกตัวแปร)

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, การจัดการทางการพยาบาล, Sepsis bundle, National Early Warning Score, ผลลัพธ์ผู้ป่วย, แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

Abstract

This retrospective survey research aimed to study nursing management, patient outcomes, and the relationship between nursing management and outcomes in patients with suspected sepsis. The sample consisted of 140 medical records of patients who received services at the Emergency and Forensic Department of Doi Saket Hospital, Chiang Mai Province, during fiscal years 2022–2025. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Chi-square test, Fisher's Exact test, Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test, with a statistical significance level set at .05.

Results: The majority of patients were male (56.43%), with a mean age of 69.34 years (SD = 15.86). Overall, 52.14% were in the high-risk group (NEWS ≥7), with a mean NEWS score of 7.39 (SD = 3.58). Regarding clinical management: antibiotic administration within 1 hour had the highest compliance rate at 88.57% (Median time = 10 minutes); blood culture collection prior to antibiotics was 80.00% (Median time = 44 minutes); and fluid resuscitation

[1] นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา Corresponding author

≥1,500 ml was achieved in only 49.29%. Overall Sepsis Bundle compliance was 38.57%, below the international standard of 80%. Patient outcomes showed that 50.00% were referred to higher-capability hospitals, 43.57% were discharged home, and 6.43% died, with a median hospital stay of 6.0 days (IQR = 3.0–7.0 days). The NEWS ≥7 group had the highest mortality rate at 10.96%. Correlation analysis revealed no statistically significant associations between any nursing management variable and the four outcome measures (p > .05 for all variables)

Keywords: Sepsis; Nursing management, Sepsis bundle, National Early Warning Score (NEWS), Patient outcomes, Emergency department

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis and septic shock) เป็นความผิดปกติของอวัยวะที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อไม่สมดุลจนทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะของตนเอง (1) ในทางคลินิก การวินิจฉัยภาวะ sepsis อาศัยการประเมินด้วยคะแนน Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) ที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ 2 คะแนน ขณะที่ septic shock หมายถึงภาวะที่มีความดันโลหิตต่ำต่อเนื่องจำเป็นต้องใช้ vasopressors เพื่อรักษาระดับ mean arterial pressure (MAP) ≥65 mmHg ร่วมกับระดับ serum lactate >2 mmol/L แม้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าร้อยละ 40[1] ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีนัยสำคัญทั้งในมิติของการเสียชีวิต ภาระโรค ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และคุณภาพชีวิต รวมถึงมีความเชื่อมโยงกับปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญในระดับโลก[2] จากการทบทวนวรรณกรรมพบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 48.9 ล้านรายต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตราว 11 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 19.7 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[3] โดยในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30.80–62.50³ สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี หรือเฉลี่ยทุก 1 ชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต 5 ราย โดยอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 26 ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2570 โดยพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 34.09, 35.35, 29.73 และ 27.87 ในปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ[4] ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ ความล่าช้าในการวินิจฉัยและสั่งการรักษา การขาดการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว การประเมินความรุนแรงด้วยเครื่องมือที่ไม่เหมาะสม การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอหรือไม่ทันเวลา การควบคุมแหล่งติดเชื้อที่ล่าช้า และการสื่อสารและส่งต่อการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ[5]

ภาวะนี้จัดเป็นภาวะวิกฤตที่มีความไวต่อเวลา (time-sensitive condition) ซึ่งความล่าช้าในการเริ่มต้นการรักษาสามารถส่งผลให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังนั้นอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันจึงถูกใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้[6] หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจนว่าการวินิจฉัยและเริ่มการรักษาที่ล่าช้าส่งผลกระทบโดยตรงต่ออัตราการเสียชีวิต จากการศึกษาในประเทศเดนมาร์กโดย Fischer และคณะ[7] พบว่าระดับความรุนแรงของอาการที่ประเมินผ่าน Early Warning Score (EWS) มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการให้ยา โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 6 ชั่วโมงมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาช้ากว่าอย่างชัดเจน งานวิจัยขนาดใหญ่ในประเทศสวีเดน (n = 10,456 ราย) ของ Van Heuverswyn และคณะ[8] ยืนยันว่าการเริ่มยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมภายใน 12 ชั่วโมงหลังเก็บเพาะเชื้อมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการลดอัตราการเสียชีวิต

ภายใน 30 วัน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Keeley และคณะ[9] ที่พบว่าการได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่ล่าช้าช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ (OR ≈ 0.57, 95% CI 0.45–0.72)[10,11] แนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม Surviving Sepsis Campaign (SSC)[12] จึงกำหนดให้การรักษาตาม 1-hour sepsis bundle เป็นมาตรฐานสากล ครอบคลุมการเก็บเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมเชื้อ การประเมินระดับ lactate และการให้สารน้ำชนิด crystalloid ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย โดยหน่วยบริการที่ปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ได้ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปมีแนวโน้มอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[13,14]

การจัดการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระยะคัดกรองในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วย[15] เครื่องมือคัดกรองที่มีบทบาทสำคัญในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ National Early Warning Score (NEWS) ซึ่งพัฒนาโดย Royal College of Physicians[16] ประกอบด้วยพารามิเตอร์ทางสรีรวิทยา 7 ด้าน ได้แก่ อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน การใช้ออกซิเจนเสริม อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิตตัวบน อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความรู้สึกตัวตาม AVPU scale จำแนกระดับความเสี่ยงเป็นต่ำ (0–4 คะแนน) ปานกลาง (5–6 คะแนน) และสูง (≥7 คะแนน) ซึ่งเครื่องมือนี้มีความไวสูงถึงร้อยละ 88–92 ในการตรวจจับการทรุดตัวของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก[17,18] สูงกว่า qSOFA ที่มีความไวเพียงร้อยละ 60–65[18] นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่าการใช้ NEWS ร่วมกับ qSOFA ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วขึ้น เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ[19] โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ที่ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนส่งต่อ พบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นต่อเนื่องร้อยละ 10.34, 13.04 และ 20.51 ในปีงบประมาณ 2566, 2567 และ 2568 ตามลำดับ และจากการทบทวนข้อมูลภายในพบว่าการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ครบทุกองค์ประกอบยังต่ำกว่าร้อยละ 80 ซึ่งเป็นเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากล[13] โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการให้สารน้ำและการเจาะเลือดเพาะเชื้อ สะท้อนถึงช่องว่างด้านคุณภาพกระบวนการดูแลที่ต้องได้รับการพัฒนา

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาการจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยสะเก็ด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทางการพยาบาลกับผลลัพธ์ของการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ แบบย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือสงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยสะเก็ด ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน ธันวาคม 2568 การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพของ Donabedian[20] เป็นโครงสร้างหลัก ร่วมกับ แนวคิด Early Detection และ

Early Treatment ของ Evans และคณะ[12] โดยศึกษาเฉพาะ 2 มิติ ได้แก่ มิติกระบวนการ และมิติผลลัพธ์ (Outcome)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าศึกษา ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนได้ครบถ้วน (คณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อภาวะวิกฤต (sepsis) จังหวัดเชียงใหม่, 2561) ดังนี้

1. เพศชาย – หญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป

2. เวชระเบียนที่มีการบันทึกสัญญาณชีพครบถ้วน ได้แก่ ค่าความดันโลหิต (Blood pressure: BP) อุณหภูมิ (Temperature: T) ชีพจร (Pulse: P) การหายใจ (Respiration: R) และ ออกซิเจนในเลือด (SpO2)

3. เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่แพทย์สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

4. เวชระเบียนที่มีการระบุเวลาในการให้การพยาบาลชัดเจน

เกณฑ์คัดออก ได้แก่

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะอยู่ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลดอยสะเก็ด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการประเมินและรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยสะเก็ด ที่แพทย์ผู้รักษาสงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างปีงบประมาณ 2565 ถึงปีงบประมาณ 2568 โดยเป็นการเลือกแบบสุ่มที่เจาะจงของกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้พิจารณาใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า α = .05 และ power = .80 (Faul et al., 2007) และกำหนดค่า effect size ระดับปานกลาง (f = 0.25) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 128 ราย ทั้งนี้เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) ผู้วิจัยจึงได้จัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกจำนวน 12 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 140 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบตรวจสอบการจัดการดูแลผู้ป่วยสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบตรวจสอบผลการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หลังได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อและการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และการเสียชีวิต

1. แบบตรวจสอบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและหรือสงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเบื้องต้นข้อเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ ลำดับที่ อายุ เพศ เวลาในการคัดกรอง โรคประจำตัว 2) แบบประเมิน National Early Warning Score (NEWS) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยอาศัยพารามิเตอร์ทางสรีรวิทยา 7 ด้าน ได้แก่ อัตราการหายใจ ค่าออกซิเจนในเลือด การใช้ออกซิเจนเสริม อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตตัวบน และระดับความรู้สึกตัว โดยในแต่ละพารามิเตอร์มีการบันทึกค่าที่วัดได้ พร้อมให้คะแนนตามเกณฑ์มาตรฐานของ NEWS (คะแนน 0–3 ต่อพารามิเตอร์) และนำมาคำนวณเป็นคะแนนรวม (Total NEWS score) ซึ่งมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0–20 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงความรุนแรงของอาการและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีคะแนน NEWS ต่ำ (< 5 คะแนน) และกลุ่มที่มีคะแนน NEWS สูง (≥ 5 คะแนน) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ ในส่วนนี้ยังครอบคลุมการประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง 1-hour sepsis bundle ได้แก่ การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การให้

สารน้ำชนิด crystalloid ตามเกณฑ์ และการให้ยากลุ่ม vasopressor เมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยมีการบันทึกทั้งลักษณะการปฏิบัติ (ทำ/ไม่ทำ) และระยะเวลาในการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน

2. แบบตรวจสอบผลการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หลังได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อและการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และการเสียชีวิต เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการคัดกรองและรักษาตามแนวทาง โดยประกอบด้วยตัวแปรสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะหน่วยเป็นนาที ระยะเวลาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะหน่วยเป็นนาที ระยะเวลาในการได้รับสารน้ำตามเกณฑ์หน่วยเป็นนาที การติดตามและบันทึกค่า NEWS อย่างต่อเนื่อง รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อ การเสียชีวิต และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงจัดประเภท

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยฉบับนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ท่าน โดยประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยด้วยดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่าค่า IOC ของแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.89 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับเนื้อหาที่ศึกษา จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และนำไปทดลองใช้ (try-out) กับเวชระเบียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและความสะดวกในการใช้งาน พบว่าเครื่องมือสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและมีความชัดเจน โดยใช้เวลาเฉลี่ย 10–15 นาทีต่อราย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในลักษณะความสอดคล้องของผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยให้ผู้ประเมิน 2 คน บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนเดียวกันอย่างอิสระ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's kappa อยู่ระหว่าง 0.82–0.94 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก แสดงว่าเครื่องมือมีความคงเส้นคงวาและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเชื่อถือได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยาแล้ว ให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และอธิบายถึงวิธีการเก็บรวบรวบรวมข้อมูล แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของโรงพยาบาลดอยสะเก็ด โดยชี้แจงให้ทราบว่า ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น พร้อมทั้งแนบเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

3. ยื่นหนังสือขออนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้แก่เจ้าพนักงานสถิติของโรงพยาบาลเพื่อช่วยดึงข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบตรวจสอบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและแบบการประเมินผลการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและหรือสงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มี

ข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนได้ครบถ้วน โดยเลือกเวชระเบียนที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

5. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการลงรหัสข้อมูล และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ก่อนการวิเคราะห์ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์เป็นหลัก

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่และร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงหมวดหมู่ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ โรคประจำตัว ระดับความเสี่ยง NEWS การปฏิบัติตาม Sepsis Bundle และผลลัพธ์การจำหน่าย ข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ ได้แก่ อายุและคะแนน NEWS รวม รายงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนข้อมูลที่ไม่เป็นการแจกแจงปกติ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองถึงเจาะเลือดเพาะเชื้อ ระยะเวลาถึงได้รับยาปฏิชีวนะ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รายงานด้วยค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR)

2. สถิติเชิงอนุมาน เลือกใช้ตามลักษณะของตัวแปรและจำนวนกลุ่มที่เปรียบเทียบ ได้แก่ Mann-Whitney U test สำหรับเปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณที่ไม่เป็นการแจกแจงปกติระหว่างสองกลุ่ม Kruskal-Wallis test สำหรับเปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างสามกลุ่มขึ้นไป Chi-square test สำหรับทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงหมวดหมู่ และ Fisher's Exact test ในกรณีที่ความถี่ที่คาดหวังในแต่ละช่องมีค่าน้อยกว่า 5

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา หมายเลขรับรอง HREC-UP-HSST 1.1/013/69 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2568 และหนังสือรับรองจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสันป่าตอง หมายเลขรับรอง SPT REC 056/2568 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. การคัดกรองและประเมินความรุนแรงด้วย National Early Warning Score (NEWS) ผู้ป่วยมีคะแนน NEWS เฉลี่ยรวม 7.39 คะแนน (SD = 3.58) โดยพบว่ากลุ่มความเสี่ยงสูง (NEWS ≥7) มีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 52.14 รองลงมาคือกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (NEWS <5) ร้อยละ 25.00 และกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (NEWS 5–6) ร้อยละ 22.86 พารามิเตอร์ที่มีความผิดปกติมากที่สุดคืออัตราการหายใจ โดยผู้ป่วยร้อยละ 75.00 มีอัตราการหายใจเร็วกว่า 20 ครั้ง/นาที (Mean Score = 1.79) รองลงมาคือความดันโลหิตตัวบน โดยพบว่าร้อยละ 26.43 มีความดันโลหิต ≤90 mmHg และมีผู้ป่วยต้องใช้ออกซิเจนเสริมถึงร้อยละ 60.71 ในขณะที่อุณหภูมิร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean Score = 0.89) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุที่มักไม่แสดงไข้สูงแม้มีการติดเชื้อรุนแรง และเมื่อพิจารณา Mean Score รายพารามิเตอร์ พบว่าอัตราการหายใจ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean Score = 1.79 ± 1.12) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 22.2 ± 4.1 ครั้ง/นาที และพบว่าร้อยละ 75.00 มีอัตราการหายใจเกิน 20 ครั้ง/นาที รองลงมาคือ ความดันโลหิตตัวบน (Mean Score = 1.41 ± 1.22) โดยมีค่าเฉลี่ย 119.8 ± 36.4 mmHg แต่พบว่าร้อยละ 26.43 มีความดันโลหิต ≤90 mmHg บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อภาวะช็อก และ การใช้ออกซิเจนเสริม (Mean Score = 1.21 ± 0.98) พบในผู้ป่วยถึงร้อยละ 60.71 พารามิเตอร์ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ

ที่สุดคือ อุณหภูมิร่างกาย (Mean Score = 0.89 ± 0.72) โดยมีค่าเฉลี่ย 38.2 ± 0.9°C

2. การจัดการทางการพยาบาลตามแนวทาง Sepsis 1-Hour Bundle การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงมีอัตราการปฏิบัติสูงสุดร้อยละ 88.57 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลที่ร้อยละ 80 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่คัดกรองถึงได้รับยา Median = 10.0 นาที (IQR = 5.0–30.0 นาที) รองลงมาคือการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 80.00 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย Median = 44.0 นาที (IQR = 25.0–79.5 นาที) พบว่าร้อยละ 51.79 สามารถเจาะได้ภายใน 45 นาทีตามแนวทาง SSC 2021 ในขณะที่การให้สารน้ำชนิด Crystalloid ตามเกณฑ์ ≥1,500 ml มีอัตราการปฏิบัติต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 49.29 โดยมีปริมาณสารน้ำเฉลี่ย Median = 1,300 ml (IQR = 500–1,500 ml) สำหรับการให้ยา Vasopressor ตามข้อบ่งชี้พบเพียงร้อยละ 5.71 เมื่อพิจารณาความครบถ้วนของ Sepsis Bundle ในภาพรวม พบว่ามีการปฏิบัติครบทุกองค์ประกอบเพียงร้อยละ 38.57 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากลที่ร้อยละ 80

3. ผลลัพธ์การจัดการทางการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การจำหน่าย พบว่าจากผู้ป่วยทั้งหมด 140 ราย ส่วนใหญ่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าร้อยละ 50.00 รองลงมาคือจำหน่ายกลับบ้านร้อยละ 43.57 และเสียชีวิตร้อยละ 6.43 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 26 อย่างไรก็ตาม ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยถึงร้อยละ 50.00 ถูกส่งต่อและไม่ทราบผลลัพธ์ปลายทาง

ด้านอัตราการเสียชีวิตจำแนกตามระดับคะแนน NEWS พบว่ากลุ่มที่มีคะแนน NEWS ≥7 มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดร้อยละ 10.96 กลุ่ม NEWS <5 พบร้อยละ 2.86 และกลุ่ม NEWS 5–6 ไม่พบการเสียชีวิต โดยอัตราการเสียชีวิตรวมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 6.43

ด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล วิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน (n = 61) ไม่รวมผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อและเสียชีวิต พบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีค่า Median = 6.0 วัน (IQR = 3.0–7.0 วัน) Min = 2 วัน Max = 13 วัน เมื่อจำแนกตามระดับคะแนน NEWS พบว่ากลุ่ม NEWS ≥7 มีแนวโน้มนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มอื่น (Median = 5.0 วัน, IQR = 4.0–9.0 วัน) อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Kruskal-Wallis test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (H = 0.523, p = .770)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทางการพยาบาลกับผลลัพธ์ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Fisher's Exact test, Chi-square test, Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test พบว่าไม่มีตัวแปรการจัดการทางการพยาบาลใดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทั้ง 4 ตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05 ทุกตัวแปร) อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้มที่น่าสนใจทางคลินิก ได้แก่ กลุ่มที่ปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ครบถ้วนมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติไม่ครบ (ร้อยละ 3.70 เทียบกับ 8.14) และกลุ่ม NEWS ≥7 มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน (p = .066) การที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติอาจเป็นผลจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดและจำนวนผู้เสียชีวิตที่น้อย (n = 9) ซึ่งส่งผลต่อกำลังทางสถิติ (statistical power) ในการตรวจจับความสัมพันธ์ที่มีขนาดผลน้อย

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพของ Donabedian[20] ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) เข้ากับแนวคิด Early Detection และ Early Treatment ของ Evans และคณะ[12] โดยงานวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะมิติกระบวนการและผลลัพธ์ในบริบทของโรงพยาบาล

ชุมชนระดับ F2 ซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ต้องรับมือกับผู้ป่วยวิกฤตเป็นด่านแรกก่อนส่งต่อ

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและนัยต่อการจัดการทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.43 มีอายุเฉลี่ยสูงถึง 69.34 ปี (SD = 15.86) และเมื่อรวมกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปพบสูงถึงร้อยละ 71.43 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่เผชิญกับภาวะติดเชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังที่ Singer และคณะ[1] ระบุว่าผู้สูงอายุมักมีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ เช่น ซึม สับสน หรือเบื่ออาหาร โดยไม่มีไข้สูง ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โรคประจำตัวที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.14) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.57) และโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 9.29) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเป็นข้อจำกัดในการให้สารน้ำปริมาณมากตามเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับที่ Singer และคณะ[1] ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านโรคร่วมและระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

2. ประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรองด้วย NEWS ผู้ป่วยมีคะแนน NEWS เฉลี่ย 7.39 คะแนน (SD = 3.58) และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.14) จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง (NEWS ≥7) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลด่านหน้าที่รับผู้ป่วยวิกฤตก่อนส่งต่อ พารามิเตอร์ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคืออัตราการหายใจ (Mean Score = 1.79) โดยผู้ป่วยร้อยละ 75.00 มีอัตราการหายใจเร็วกว่า 20 ครั้ง/นาที ซึ่งอธิบายได้ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาว่าการหายใจเร็ว (tachypnea) เป็นกลไกชดเชยแรกของร่างกายเพื่อระบายคาร์บอนไดออกไซด์ในภาวะ metabolic acidosis จากการติดเชื้อ[12] รองลงมาคือความดันโลหิตตัวบน (Mean Score = 1.41) ที่พบว่าร้อยละ 26.43 มีความดันโลหิต ≤90 mmHg บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อภาวะ septic shock และการใช้ออกซิเจนเสริม (Mean Score = 1.21) ที่พบในผู้ป่วยถึงร้อยละ 60.71 ข้อค้นพบที่น่าสนใจคืออุณหภูมิร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean Score = 0.89) แม้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะติดเชื้อ สะท้อนลักษณะของผู้สูงอายุที่มีการตอบสนองต่อการติดเชื้อแบบ blunted response ไม่แสดงไข้สูงแม้มีการติดเชื้อรุนแรง[1] ยืนยันถึงความสำคัญของ NEWS ในฐานะเครื่องมือที่ครอบคลุมพารามิเตอร์หลายด้าน ไม่ต้องพึ่งพาเพียงอาการไข้เพียงอย่างเดียว ดังที่ Gidari และคณะ[21] รายงานว่า NEWS2 ที่จุดตัด ≥5 มีความไวสูงถึงร้อยละ 92 ในการพยากรณ์ภาวะวิกฤตในห้องฉุกเฉิน และ Kostakis และคณะ[18] ยืนยันในการวิเคราะห์อภิมานว่า NEWS score ≥5 สามารถระบุความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสรีรวิทยาได้อย่างแม่นยำ และมีค่าพยากรณ์เชิงลบ (NPV) สูง นอกจากนี้ Alrawashdeh และคณะ[22] พบว่าการใช้ NEWS ≥5 ช่วยลดเวลาเริ่มรักษาเฉลี่ยได้ 28 นาที และลดอัตราการส่งต่อเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตได้ร้อยละ 13 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยของ วราภรณ์ ศิริราช[19] ที่พบว่าการใช้ NEWS ช่วยให้พยาบาลจำแนกผู้ป่วยวิกฤตได้แม่นยำขึ้นและเพิ่มความเร็วในการแจ้งแพทย์ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า NEWS สามารถจำแนกความรุนแรงได้อย่างมีความหมายทางคลินิก โดยกลุ่ม NEWS ≥7 มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดร้อยละ 10.96 เทียบกับกลุ่ม NEWS <5 ที่ร้อยละ 2.86 และกลุ่ม NEWS 5–6 ที่ไม่พบการเสียชีวิต แม้ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p = .066) แต่ขนาดผลที่พบมีความสำคัญทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อจำกัดด้านกำลังทางสถิติจากจำนวนผู้เสียชีวิตที่น้อย (n = 9) น่าจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

3. กระบวนการจัดการทางการพยาบาลตาม Sepsis 1-Hour Bundle จุดแข็งสำคัญของกระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลดอยสะเก็ดคือการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 88.57

สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลที่ร้อยละ 80[13] และมีระยะเวลาเฉลี่ย Median = 10.0 นาที (IQR = 5.0–30.0 นาที) ซึ่งถือว่ารวดเร็วมากเมื่อเทียบกับมาตรฐาน 60 นาที ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tachibana และคณะ[23] ที่พบว่าโปรโตคอลที่นำโดยพยาบาลสามารถเพิ่มอัตราการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะ Kumar และคณะ[24] รายงานว่าทุก 1 ชั่วโมงที่ล่าช้าในการให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7–9 สะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะสูงของพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลดอยสะเก็ดในการบริหารยาอย่างรวดเร็วและแม่นยำ และสอดคล้องกับแนวคิด Early Intervention ของ Evans และคณะ[12] ที่ระบุว่าการเริ่มต้นรักษาอย่างรวดเร็วเป็นหัวใจสำคัญของการลดอัตราการเสียชีวิต การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะมีอัตราการปฏิบัติร้อยละ 80.00 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย Median = 44.0 นาที (IQR = 25.0–79.5 นาที) พบว่าร้อยละ 51.79 สามารถเจาะได้ภายใน 45 นาทีตามแนวทาง SSC 2021[12] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Morgan และคณะ[25] ที่เน้นว่าการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาเป็นกุญแจสำคัญใน diagnostic stewardship เพื่อระบุเชื้อและปรับยาได้ถูกต้องในภายหลัง โดยในทางปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพควรเจาะเลือดเพาะเชื้อและเตรียมยาปฏิชีวนะพร้อมกันเพื่อลดระยะเวลาการให้ยาให้สั้นที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงสมรรถนะทางคลินิกและการประสานงานที่ดีของทีมพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม การให้สารน้ำตามเกณฑ์ ≥1,500 ml มีอัตราการปฏิบัติต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 49.29 ส่งผลให้ความครบถ้วนของ Sepsis Bundle ในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 38.57 เท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลที่ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุสำคัญอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.14) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.57) และโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 9.29) ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการให้สารน้ำปริมาณมาก สอดคล้องกับแนวทาง restrictive fluid strategy ที่แพร่หลายในปัจจุบัน[26] ประกอบกับโรงพยาบาลดอยสะเก็ดกำหนดปริมาณสารน้ำขั้นต่ำที่ 1,500 ml ซึ่งอ้างอิงน้ำหนักตัวมาตรฐาน 50–60 กิโลกรัม แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพต้องประเมินทางคลินิกเป็นรายบุคคลเพื่อความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย นพรัตน์[27] ที่พบว่าการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำยังเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน และ วราพร ประมังคะตา[28] ที่พบผลลัพธ์คล้ายกันในการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน

4. ผลลัพธ์ทางคลินิกในบริบทโรงพยาบาลชุมชน อัตราการเสียชีวิตโดยรวมร้อยละ 6.43 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 26[(4)] อย่างไรก็ตาม ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 50.00 ถูกส่งต่อและไม่ทราบผลลัพธ์ปลายทาง ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึง "ยุทธศาสตร์การส่งต่อ" ที่เป็นบทบาทสำคัญของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ในระบบสุขภาพ กล่าวคือ การรักษาเสถียรภาพสัญญาณชีพด้วย early resuscitation ก่อนส่งต่ออย่างปลอดภัย สอดคล้องกับแนวทางของ Wanlumkhao และคณะ[15] และ ทวิกานต์ รักสวนจิก[29] ที่เน้นว่า early detection, early resuscitation และ early referral เป็นบทบาทหลักที่ต้องทำควบคู่กันในโรงพยาบาลชุมชนระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีค่า Median = 6.0 วัน (IQR = 3.0–7.0 วัน) ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน (n = 61) โดยกลุ่ม NEWS ≥7 มีแนวโน้มนอนนานกว่า (Median = 5.0 วัน, IQR = 4.0–9.0 วัน) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (H = 0.523, p = .770) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่ม NEWS ≥7 ส่วนหนึ่งถูกส่งต่อตั้งแต่เนิ่นๆ ทำให้ไม่มีข้อมูล length of stay ในโรงพยาบาลดอยสะเก็ด ส่งผลให้ค่า median ของกลุ่มนี้ดูต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทางการพยาบาลกับผลลัพธ์ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > .05$) ซึ่งอธิบายได้จาก 3 สาเหตุหลัก ประการแรกคือ confounding by indication กล่าวคือผู้ป่วยที่มีคะแนน NEWS สูงและได้รับยาเร็วที่สุดคือกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคพื้นฐานสูงอยู่แล้ว ทำให้ผลลัพธ์ถูกบดบังด้วยความรุนแรงของโรคแรกรับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Heuverswyn และคณะ[8] ที่ระบุว่าในงานวิจัยเชิงสังเกตกลุ่มที่อาการหนักที่สุดมักได้รับยาก่อนแต่มีอัตราตายสูงกว่า ประการที่สองคือกำลังทางสถิติไม่เพียงพอ เนื่องจากจำนวนผู้เสียชีวิตมีเพียง 9 ราย (ร้อยละ 6.43) ซึ่งน้อยมากสำหรับการตรวจจับความสัมพันธ์ที่มีขนาดผลน้อย ประการที่สามคืออัตราการปฏิบัติตาม Bundle ครบถ้วนที่ต่ำเพียงร้อยละ 38.57 ทำให้กลุ่ม "Bundle ครบ" มีขนาดเล็กและความแปรผันของผลลัพธ์ภายในกลุ่มสูง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มทางคลินิกที่พบยังมีความสำคัญ โดยกลุ่มที่ปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ครบถ้วนมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติไม่ครบ (ร้อยละ 3.70 เทียบกับ 8.14) และมีสัดส่วนการส่งต่อสูงกว่า (ร้อยละ 57.41 เทียบกับ 45.35) สะท้อนว่าการรักษาที่ครบถ้วนช่วยรักษาเสถียรภาพของผู้ป่วยได้ดีพอที่จะส่งต่อได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิดของ Levy และคณะ[13]และ Phillion[30] ที่ระบุว่าการปฏิบัติตาม Bundle ครบถ้วนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ รวมถึงงานวิจัยของ นภาพร วรรณทอง[31] และ ณัฏฐ์ฏาพร ศรีประดิษฐ์ และคณะ[32] ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของไทยที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นระบบสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านระบบบริการพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงและการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ยาสามารถทำได้สำเร็จในระดับสูง ในขณะที่การให้สารน้ำตามเกณฑ์ยังเป็นจุดที่ต้องพัฒนา โรงพยาบาลควรทบทวนแนวปฏิบัติการให้สารน้ำให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะเกณฑ์การปรับปริมาณในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม

1.2 ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและแม่นยำยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเวลาเริ่มต้นของแต่ละกิจกรรม Bundle เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ด้านการบริหารจัดการภาวะวิกฤต ควรพัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อคะแนน NEWS ≥5 เพื่อกระตุ้นให้ทีมพยาบาลเริ่มต้น Bundle โดยอัตโนมัติ ซึ่งจะช่วยลดเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจและเพิ่มอัตราการปฏิบัติครบถ้วน

1.4 ด้านการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ควรจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความเข้าใจเรื่องการประเมินสารน้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม และการตัดสินใจทางคลินิกในสถานการณ์ที่ไม่สามารถให้สารน้ำตามเกณฑ์ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้นหรือศึกษาแบบ Multicenter เพื่อเพิ่มกำลังทางสถิติในการตรวจจับความสัมพันธ์ที่มีขนาดผลน้อย

2.2 ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจอุปสรรคในการให้สารน้ำตามเกณฑ์ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหัวใจและไตเรื้อรัง

2.3 ควรวิเคราะห์ปัจจัยเชิงพหุ (Multivariate analysis) โดยควบคุม Confounding factors เช่น ความรุนแรงของโรคแรกรับ โรคร่วม และอายุ เพื่อประเมินผลของ Bundle compliance ต่อผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. 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):801–10.
2. องค์การอนามัยโลก (WHO). Antimicrobial resistance: global report on surveillance. Geneva: WHO; 2020.
3. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al.(2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020;395(10219):200–11.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานตัวชี้วัดอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. นิตยา ภูริพันธ์, อำนาจ กาศสกุล, ณัฐวรรณ พละวุฑิโฒทัย.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2):1–12.
6. วิราวรรณ ฉัตรเงิน.(2568). การศึกษาอัตราการเสียชีวิตใน 30 วันของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ทำครบตามการรักษาแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปราสาท. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2568;33(1):65–76.
7. Fischer CP, Kastoft E, Olesen BRS, Schønheyder HC, Jensen NM, Kirkegaard H, et al.(2023). Delayed treatment of bloodstream infection at admission is associated with initial low early warning score and increased mortality. Crit Care Med. 2023;51(9):1143–52.
8. Van Heuverswyn J, Valik JK, Desatnik P, Nauclér P.(2023). Association between time to appropriate antimicrobial therapy and 30-day mortality in patients with bloodstream infection: a retrospective cohort study. Clin Infect Dis. 2023;76(3):e474–81.
9. Keeley AJ, Smith C, Bhatt N, Smith P, Reeves R, Ollivere BJ, et al.(2020). Empirical antimicrobial therapy for suspected hospital-acquired sepsis: time to abandon one-size-fits-all therapy. J Antimicrob Chemother. 2020;75(8):2340–8.
10. Sterling SA, Miller WR, Pryor J, Puskarich MA, Jones AE. The impact of timing of antibiotics on outcomes in severe sepsis and septic shock: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2015;43(9):1907–15.
11. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. N Engl J Med. 2017;376(23):2235–44.
12. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al.(2021). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47(11):1181–247.
13. Levy MM, Evans LE, Rhodes A.(2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Crit Care Med. 2018;46(6):997–1000.
14. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al.(2017). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2016. Intensive Care Med. 2017;43(3):304–77.
15. Wanlumkhao W, Opasanant P, Fueakfon K.(2025). Nursing management for patients with suspected sepsis in community hospital emergency department. J Nurs Health Sci. 2025;19(1):45–58.
16. Royal College of Physicians.(2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: RCP; 2017.
17. Prytherch DR, Smith GB, Schmidt PE, Featherstone PI.(2010). ViEWS—Towards a national early warning score for detecting adult inpatient deterioration. Resuscitation. 2010;81(8):932–7.

18. Kostakis I, Smith GB, Prytherch D, Meredith P, Price C, Chauhan A.(2022). The performance of the National Early Warning Score and a variety of modified scores in acute medical patients: a systematic review. Resuscitation. 2022;170:148–56.
19. วราภรณ์ ศิริราช.(2566). ผลของการใช้แบบประเมิน NEWS และ qSOFA ต่อความรวดเร็วในการรักษาภาวะ Sepsis ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาล. 2566;40(2):112–23.
20. Donabedian A.(2021). Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005;83(4):691–729.
21. Gidari A, De Socio GV, Sabbatini S, Schiaroli E, Francisci D, Busti C.(2021). NEWS2 vs qSOFA as screening tools for sepsis in the emergency department: a prospective cohort study. PLoS ONE. 2021;16(2):e0245569.
22. Alrawashdeh M, Al Amer M, Alshraideh H, Alqaralleh B, Al-Quraan W.(2021). Impact of implementing NEWS score on early recognition of sepsis in emergency department: a pilot study. Int Emerg Nurs. 2021;59:101091.
23. Tachibana T, Umegaki T, Kamitani T, Fushimi K.(2020). Effect of nurse-led protocol on compliance with sepsis bundle in emergency department. J Nurs Manag. 2020;28(4):912–9.
24. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al.(2006). 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):1589–96.
25. Morgan DJ, Malani P, Diekema DJ.(2020). Diagnostic stewardship—leveraging the laboratory to improve antimicrobial use. JAMA. 2020;323(21):2169–70.
26. Shapiro NI, Douglas IS, Brower RG, Brown SM, Exline MC, Ginde AA, et al.(2023). Early restrictive or liberal fluid management for sepsis-induced hypotension. N Engl J Med. 2023;388(6):499–510.
27. พิสมัย นพรัตน์.(2567). ผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข. 2567;2(2):99–134.
28. วราพร ประมังคะตา.(2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลศรีสมเด็จ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):603–23.
29. ทวิกานต์ รักสวนจิก.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(16):198–212.
30. Phillion M.(2025). Sepsis bundle helps improve patient outcomes across hospital system. Patient Saf Qual Healthc. 2025 Jan 30.
31. นภาพร วรรณทอง.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2566.
32. ณัฏฐ์ฏาพร ศรีประดิษฐ์, อรรจจิมา ศรีชนม์, เพ็ญจุรี แสนสุริวงศ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนครพนม. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(1):1–17.

รูปแบบการแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย โดยเครือข่ายพยาบาลชุมชน ครู ครอบครัว และชุมชน

A Community Network Model for Addressing Early Childhood Developmental Delays : A Participatory Action Research Study.

(Received: April 16,2026 ; Revised: April 22,2026 ; Accepted: April 23,2026)

ธัชชัย ใจคง[1] ธัญพิชชญา ติณณ์ธนหิรัญ[2]
Thatchai Jaikong[1], Thanpichchaya Tinthanahiran[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายพยาบาลชุมชน ครู ครอบครัว และชุมชน วิธีการศึกษาใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(PAR) ดำเนินการในพื้นที่ตำบลหนองแคน อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างมิถุนายน 2565–กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ให้ข้อมูล 133 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ครู 18 คน ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 90 คน และแกนนำชุมชน 22 คน ดำเนินการ 3 วงจรวิจัย เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมิน DSPM แบบวัดสมรรถนะ แบบสอบถามความพึงพอใจ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบคัดกรองและแจ้งข้อมูลร่วม แผนกระตุ้นพัฒนาการรายบุคคล (ISP) กลไกติดตามแบบสามชั้น เวทีสะท้อนคิดร่วม และการเสริมสมรรถนะเครือข่าย ผลการทดลองใช้ พบสัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 92.2 ภายใน 6 เดือน ($p < .001$) สมรรถนะของเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{x}$ จาก 2.78 เป็น 4.12, $p < .001$) และความพึงพอใจโดยรวมของครอบครัวและเครือข่ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.23 และ 4.21 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: พัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย, รูปแบบเครือข่ายสุขภาพ, พยาบาลชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ชุมชน
ชนบท

Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR) aimed to develop and evaluate a model for addressing early childhood developmental delays through a collaborative network comprising community nurses, teachers, families, and community members. The study was conducted in Nong Kaen Sub-district, Dong Luang District, Mukdahan Province, between June 2022 and February 2023. A total of 133 participants were involved, consisting of 3 registered nurses, 18 teachers, 90 parents of children with suspected developmental delays, and 22 community leaders. The research was conducted across three action research cycles. Data were collected using the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) assessment instrument, a competency measurement scale, a satisfaction questionnaire, in-depth interviews, and focus group discussions.

The findings revealed that the developed model comprised five core components: (1) a joint screening and information-sharing system, (2) Individual Stimulation Plans (ISP), (3) a three-tier monitoring mechanism, (4) collaborative reflective forums, and (5) network capacity enhancement. Implementation results demonstrated that the proportion of children achieving normal developmental milestones increased from 0% to 92.2% within six months ($p < .001$). Network competency improved significantly (mean score from 2.78 to 4.12, $p < .001$), and

[1] นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

overall satisfaction among both families and network members was rated at a high level (mean = 4.23 and 4.21, respectively).

Keywords: Early childhood developmental delay, health network model, community nurses, participatory action research, rural community

บทนำ

พัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัยในชุมชนชนบทไทยถือเป็นปัญหาเชิงระบบที่พบอัตราสูงถึงร้อยละ 28.7 ตามรายงานของกรมอนามัย มีเพียงร้อยละ 42.1 เท่านั้นที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง การขาดกลไกเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและครอบครัว นับเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดช่องว่างนี้[1] ช่วงปฐมวัย (อายุ 0–6 ปี) เป็นระยะที่สมองสร้างการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทอย่างหนาแน่นที่สุด ประสบการณ์ที่เด็กได้รับในช่วงนี้ส่งผลโดยตรงต่อโครงสร้างสมองระยะยาว ทั้งด้านสติปัญญา ภาษา อารมณ์ และทักษะสังคม[2] ในระดับโลก WHO รายงานว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศกำลังพัฒนาร้อยละ 43 มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า[2] สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยรายงานว่าจากการคัดกรองด้วยเครื่องมือ DSPM พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 28.7 แต่มีเพียงร้อยละ 42.1 ที่ได้รับการแทรกแซงต่อเนื่องภายใน 3 เดือน[1] ปัญหาดังกล่าวมีรากเหง้าที่ซับซ้อน งานวิจัยในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การขาดระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก[3] การที่ผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุซึ่งขาดความรู้ด้านการกระตุ้นพัฒนาการ[4] และพยาบาลชุมชนที่ขาดกลไกประสานงานกับครู ครอบครัว และผู้นำชุมชน[5] หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่าการแทรกแซงที่ผสานการกระตุ้นพัฒนาการ การสนับสนุนครอบครัว และการสร้างเครือข่ายชุมชนให้ผลลัพธ์ดีกว่าการแทรกแซงเดี่ยว[6] ในบริบทชุมชนไทย Charoenkul และคณะ[7] และ Wongratanacheewin และคณะ[8] แสดงให้เห็นว่าพยาบาลชุมชนมีศักยภาพสูงในการเป็นแกนกลางเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ยังขาดรูปแบบที่บูรณาการบทบาทของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบในบริบทชนบทอีสาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เปิดโอกาสให้พัฒนารูปแบบที่เกิดจากชุมชนเอง

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานเครือข่าย 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็ก สมรรถนะเครือข่าย และความพึงพอใจ และ 4) เพื่อถอดบทเรียนสู่การขยายผล

วิธีการศึกษา

รูปแบบและพื้นที่วิจัย

การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)[9] ผสานระเบียบวิธีเชิงผสม (Explanatory Sequential Design) ดำเนินการในพื้นที่ตำบลหนองแคน อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีอัตราพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับจังหวัด ระหว่างมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 รวม 10 เดือน การวิจัยดำเนินการตามกระบวนการวางแผน (Plan)

ปฏิบัติ (Act) สังเกต (Observe) และสะท้อนคิด (Reflect) 3 วงจรต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือก

ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย (Co-researchers) ทั้งสิ้น 133 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. 3 คน (2) ครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัย 18 คน (3) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าตามเกณฑ์ DSPM 90 คน และ (4) แกนนำและตัวแทนชุมชน 22 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อาศัย/ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมโดยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เด็กที่มีความพิการซ้อนซับซ้อนที่ต้องการทีมสหวิชาชีพเฉพาะทาง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณประกอบด้วย (1) แบบประเมิน DSPM ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 (Sensitivity ร้อยละ 80-85, Specificity ร้อยละ 75-80) (2) แบบวัดสมรรถนะของเครือข่ายในการดูแลพัฒนาการเด็ก ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (CVI = 0.80 ขึ้นไป, Cronbach's alpha = 0.87) และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจ 5 ระดับ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย Inductive Content Analysis ตาม Miles, Huberman และ Saldaña ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วย Triangulation และ Member Checking ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย Chi-square Test สำหรับสัดส่วนพัฒนาการ และ Paired t-test / Wilcoxon Signed-rank Test สำหรับคะแนนสมรรถนะ ($p < .05$) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร รหัสโครงการ 19.2.0032.2565 ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการแจ้งข้อมูลและลงนามในเอกสารยินยอม (Informed Consent) ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดได้รับการทำ De-identification ก่อนวิเคราะห์

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (วัตถุประสงค์ที่ 1) จากการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงอุปนัยจากสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม 133 คน ได้ประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ช่องว่างระหว่างการคัดกรองกับการแทรกแซง โดยพบการขาดระบบส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพ.สต. กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากที่สุด ครูระบุว่าไม่ทราบว่ามีเด็กในห้องที่ต้องการการกระตุ้นพิเศษ (2) ข้อจำกัดของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าร้อยละ 37.8 ของผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุซึ่งขาดความรู้ด้านการกระตุ้นพัฒนาการสะท้อนบริบทชนบทที่บิดามารดาต้องทำงานนอกพื้นที่ (3) ข้อจำกัดของระบบและบุคลากร พบการขาดเครื่องมือสื่อสารร่วมระหว่างหน่วยงาน ร่วมกับภาระงานพยาบาลที่สูง

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (วัตถุประสงค์ที่ 2) รูปแบบที่พัฒนาผ่านกระบวนการ PAR 3 วงจร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้น

องค์ประกอบ	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ	วงจรที่พัฒนา
1. ระบบคัดกรองและแจ้งข้อมูลร่วม	แจ้งผล DSPM จาก รพ.สต. ไปยังศูนย์เด็กเล็กภายใน 7 วัน	พยาบาลชุมชน	วงจร 1
2. แผนการกระตุ้นพัฒนาการรายบุคคล (Individual Developmental Stimulation Plan : ISP) รายบุคคล	แผนกิจกรรม 4 สัปดาห์ ออกแบบร่วมกัน ใช้วัสดุในบ้าน	พยาบาล + ครู + ครอบครัว	วงจร 1–2
3. กลไกติดตามแบบสามชั้น	ครู (ทุกวัน) ⟶ อสม. (สัปดาห์ละครั้ง) ⟶ พยาบาล (เดือนละครั้ง)	ทุกภาคส่วน	วงจร 2
4. เวทีสะท้อนคิดร่วม	ประชุมเครือข่ายทุก 3 สัปดาห์	พยาบาล (ผู้ประสาน)	วงจร 2–3
5. เสริมสมรรถนะเครือข่าย	อบรม 2 วัน + นิเทศรายบุคคล + คู่มือภาษาง่าย	พยาบาล + ผู้วิจัย	วงจร 1–2

3. ผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบ (วัตถุประสงค์ที่ 3)

3.1 พัฒนาการเด็ก

ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการปกติก่อนและหลังการแทรกแซงด้วย Chi-square Test แสดงใน ตารางที่ 2 พบว่าสัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการปกติเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในทุกวงจร จากร้อยละ 0 ณ Baseline เป็นร้อยละ 92.2 เมื่อสิ้นสุดวงจรที่ 3 ($p < .001$) โดยมีเด็กที่ยังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าลดลงเหลือเพียงร้อยละ 7.8 (n = 7)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการปกติก่อนและหลังการแทรกแซง (n = 90)

ระยะการประเมิน	พัฒนาการปกติ n (%)	สงสัยล่าช้า n (%)	χ^2	p
Baseline (ก่อนวงจร 1)	0 (0.0)	90 (100.0)	–	–
หลังวงจร 1	28 (31.1)	62 (68.9)	28.89	< .001
หลังวงจร 2	70 (77.8)	20 (22.2)	79.02	< .001
หลังวงจร 3 (สิ้นสุด)	83 (92.2)	7 (7.8)	89.00	< .001

3.2 สมรรถนะของเครือข่าย

สมาชิกเครือข่ายทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการแทรกแซง (ตารางที่ 3) โดยภาพรวม $\bar{x}$ เพิ่มจาก 2.78 (S.D. = 0.68) เป็น 4.12 (S.D. = 0.58) ($t = -14.56$, $p < .001$) กลุ่มครูมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($\bar{x}$ จาก 2.84 เป็น 4.21, $p < .001$) และ พบว่าทุกกลุ่มมีคะแนนหลังการแทรกแซงอยู่ในระดับมากขึ้นไป

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของเครือข่ายก่อนและหลังการแทรกแซง

กลุ่ม	n	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	t / Z	p	ระดับ
พยาบาลวิชาชีพ	3	3.12 (0.41)	4.53 (0.31)	Z = −1.604	.041*	มาก
ครูผู้ดูแลเด็ก/ครูปฐมวัย	18	2.84 (0.63)	4.21 (0.54)	t = −9.82	< .001	มาก
แกนนำชุมชน	22	2.61 (0.72)	3.87 (0.68)	t = −8.14	< .001	มาก
ภาพรวม	43	2.78 (0.68)	4.12 (0.58)	t = −14.56	< .001	มาก

*หมายเหตุ : คะแนนเต็ม 5; กลุ่มพยาบาล (n = 3) ใช้ Wilcoxon Signed-rank Test (Z); กลุ่มอื่นใช้ Paired t-test; * p < .05*

3.3 ความพึงพอใจ

ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.23, S.D. = 0.64) ด้านที่พึงพอใจสูงสุดคือกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการที่ทำได้จริงในชีวิตประจำวัน ($\bar{x}$ = 4.41) สมาชิกเครือข่ายมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมากเช่นกัน ($\bar{x}$ = 4.21, S.D. = 0.68) ด้านที่พึงพอใจสูงสุดคือการสนับสนุนและพัฒนาทักษะที่ได้รับ ($\bar{x}$ = 4.44)

4. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรค (วัตถุประสงค์ที่ 4) ปัจจัยส่งเสริมที่โดดเด่น ได้แก่ บทบาทพยาบาลชุมชนในฐานะผู้ประสานงานที่ได้รับความไว้วางใจ คู่มือกิจกรรมที่ใช้วัสดุท้องถิ่น (ผู้ปกครองร้อยละ 78.9 ทำกิจกรรมสม่ำเสมอ) การสนับสนุนจาก อปท. ทำให้ประชุมเครือข่ายสำเร็จ ร้อยละ 100 และแรงจูงใจของครอบครัวที่เพิ่มขึ้นเมื่อเห็นพัฒนาการลูกดีขึ้น อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ภาระงานบุคลากรในช่วงเปิดเทอม ผู้ปกครองที่ทำงานนอกพื้นที่ (ร้อยละ 34.4) มีความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมต่ำกว่าร้อยละ 60 การขาดระบบดิจิทัล (ร้อยละ 55.8 ระบุเป็นข้อจำกัด) และความไม่แน่นอนของบุคลากร

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า พื้นที่ตำบลหนองแคนมีช่องว่างเชิงระบบระหว่างการคัดกรองและการแทรกแซง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดารัตน์ หล้าหิบ และคณะ[3] ที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 42 ของเด็กที่ได้รับการแทรกแซงเหมาะสมหลังคัดกรอง ปัญหานี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner[10] ที่ชี้ว่าเมื่อระบบมีโสภาค (Mesosystem) ระหว่างบ้าน รพ.สต. และศูนย์เด็กเล็กอ่อนแอลง พัฒนาการเด็กย่อมได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กระบวนการ PAR 3 วงจรนำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มยอมรับและดำเนินงานได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และคณะ[9] และแนวคิดการเสริมพลังชุมชนของ Freire[11] ที่เน้นว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน รูปแบบนี้แตกต่างจากงานวิจัย

ของ Butkatunyoo และ Kaewkungwal[12] ที่พัฒนาคู่มือโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก และพบปัญหาความต่อเนื่องในระยะยาว

ผลลัพธ์ที่เด็กร้อยละ 92.2 มีพัฒนาการปกติภายใน 6 เดือนสูงกว่างานวิจัยของ ปิยนุช โรจน์สง่า และคณะ[13] ที่พบร้อยละ 68.5 ภายใน 3 เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบปัจจุบันมีกลไกชุมชนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ครบถ้วนกว่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nair และคณะ[14] ที่พิสูจน์ประสิทธิผลของการกระตุ้นพัฒนาการในบ้านโดยครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุน ผลสมรรถนะเครือข่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับสมรรถนะหลักพยาบาลชุมชนที่ สมาคมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย[15] กำหนดไว้ อุปสรรคด้านภาระงานบุคลากรสอดคล้องกับ Wongkongdech และ Suwannarat[16] และการขาดระบบดิจิทัลสะท้อนความต้องการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้าน IT ในระดับ รพ.สต. กลุ่มผู้ปกครองที่ทำงานนอกพื้นที่ (ร้อยละ 34.4) ซึ่งมีความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมต่ำสุดเป็นประชากรที่ต้องการกลยุทธ์เฉพาะในการวิจัยต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยดำเนินการในพื้นที่ชนบทเพียงแห่งเดียว ข้อค้นพบอาจมีข้อจำกัดด้านการถ่ายโอน (Transferability) ไปยังบริบทที่แตกต่างกันมาก อีกทั้งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพมีขนาดเล็ก (n = 3) ส่งผลต่อกำลังทางสถิติ ควรระมัดระวังในการตีความผลของกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะ

(1) รพ.สต. ควรนำองค์ประกอบที่ 1 ของรูปแบบไปเป็นแนวปฏิบัติประจำโดยกำหนดให้แจ้งผล DSPM ภายใน 7 วัน (2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรบรรจุการอบรมทักษะการกระตุ้นพัฒนาการไว้ในแผนพัฒนาครูประจำปี (3) อปท. ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเครือข่ายและลงทุนระบบสื่อสารดิจิทัลอย่างง่าย (4) กระทรวงสาธารณสุข ควรนำกลไกติดตามแบบสามชั้นและระบบแจ้งข้อมูลร่วมบรรจุในแนวปฏิบัติระดับชาติ สำหรับการวิจัยต่อไป ควรขยายการทดสอบในบริบทที่หลากหลาย พัฒนาระบบดิจิทัลสนับสนุน และศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว (Longitudinal Study) อย่างน้อย 1–2 ปีหลังสิ้นสุดโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ที่อนุมัติและสนับสนุนในการดำเนินโครงการ ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอดงหลวง นายกเทศมนตรีตำบลหนองแคน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดงหลวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแคน ผู้อำนวยการโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลหนองแคนทุกแห่ง ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการคัดกรองพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2563.

2. World Health Organization. Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: WHO Press; 2018. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241514064
3. สุดารัตน์ หล้าหิบ, ชมนาด พจนามาตร์, อรทัย เขียวเจริญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตรวจพบและแทรกแซงพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(2):289-300.
4. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, อุไร หัถกิจ, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. สถานการณ์พัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2562;23(4):67-80.
5. Wongkongdech P, Suwannarat P. ความรู้และทักษะของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(2):112-20.
6. Rao N, Sun J, Chen EE, Ip P. Effectiveness of early childhood interventions in promoting cognitive development in developing countries: A systematic review and meta-analysis. Child Dev 2017;88(6):1819-36.
7. Charoenkul S, Nuntaboot K, Srisuriyawet R. รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กโดยความร่วมมือของครู ผู้ปกครอง และอาสาสมัครสาธารณสุข. พยาบาลสาร 2562;46(3):88-101.
8. Wongratanacheewin S, Chaisri P, Nuntaboot K. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลเด็กพิเศษแบบบูรณาการในระดับอำเภอ: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2563;18(1):45-60.
9. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014. doi:10.1007/978-981-4560-67-2
10. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
11. Freire P. Pedagogy of the oppressed. New York: Herder and Herder; 1970.
12. Butkatunyoo O, Kaewkungwal J. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ปกครองและครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2562;49(2):112-25.
13. ปิยนุช โรจน์สง่า, สุภาพร ปัญญาจิตกุล, วาสนา วัชรสินธุ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยความร่วมมือระหว่างพยาบาลชุมชนและครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561;41(3):45-56.
14. Nair MKC, Radhakrishnan R, Nair SS. Home-based stimulation for children with developmental delay: A randomized controlled trial from India. Indian Pediatr 2018;55(2):117-22.
15. สมาคมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย. สมรรถนะพยาบาลชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย; 2562.
16. Jennings A, Brown T, Wiese M. The role of public health nurses in early childhood development: A scoping review. Public Health Nurs 2019;36(3):328-40.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

Development of a Care System for Patients with Bloodstream Infections at Phon Na Kaeo Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 14,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

พิรุณลักษณ์ บุญตะหล้า[1]
Phirunlak Buntala[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร วิจัยในกลุ่มทีมสุขภาพ คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร นักโภชนากร จำนวน 36 คน และ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับบริการตั้งแต่แรกรับจนได้ Admit เข้านอนรักษาที่แผนกผู้ป่วย ในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร จำนวน 35 คน ทำการศึกษาในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2568 ระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบประเมินความรู้,ความพึงพอใจ,การปฏิบัติตามแนวทาง,และความเป็นไปได้ในการใช้ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล 1. ข้อมูลทั่วไป (ทีมสุขภาพ/ผู้ป่วย) โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา 2. วิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ การปฏิบัติ ความพึงพอใจ, ความเป็นไปได้ของการใช้ระบบ โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ 3. เปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติ ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติ Pair T-test และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านดัชนีชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบผล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของทีมสุขภาพหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ผลของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนาเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 3) ความพึงพอใจในการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และหลังการทดลองทีมสุขภาพ มีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 100 4) ผลลัพธ์ชี้วัดในการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการทดลอง ดัชนีชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย มีค่ามากขึ้นกว่าก่อนทดลองทุกตัวชี้วัด

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด,ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

Abstract

This study employed an action research design aimed to develop and evaluate the outcomes of a care system for patients with bloodstream infections at Phon Na Kaeo Hospital, Sakon Nakhon Province. This study employed an action research design. The participants included 36 healthcare team members (physicians, registered nurses, medical technologists, radiologic technologists, pharmacists, and nutritionists) and 35 patients diagnosed with bloodstream infections who received services from initial presentation through hospital admission at Phon Na Kaeo Hospital, Sakon Nakhon Province. The study was conducted over a three-month period from August to November 2025. Data collection tools—questionnaires for healthcare providers and patients, consisting of general information, knowledge assessment, satisfaction, adherence to clinical guidelines, and feasibility of system use; and (2) an intervention tool—the developed care system for patients with bloodstream infections. Data analysis included descriptive statistics for general data, and mean and percentage for knowledge, practice, satisfaction, and feasibility. Comparisons of knowledge, practice, and satisfaction before and after the intervention were analyzed using paired t-tests. Outcome indicators of patient care were compared using mean and percentage values.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

Results: The findings revealed that: The mean knowledge score of healthcare providers after the intervention was significantly higher than before ($p < 0.05$). The mean practice score increased after system development but was not statistically significant ($p > 0.05$). Satisfaction with the care system among both groups was significantly higher after the intervention ($p < 0.05$). Additionally, 100% of healthcare providers agreed on the feasibility of implementing the system. All patient care outcome indicators improved after the intervention.

Keywords : Sepsis, bloodstream infection patients, care system for bloodstream infections, Phon Na Kaeo Hospital, Sakon Nakhon Province

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย มีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตสูง โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยทั่วโลกหลายสิบล้านรายต่อปี และในประเทศไทยพบผู้ป่วยประมาณ 175,000 รายต่อปี เสียชีวิตกว่า 45,000 ราย คิดเป็นอัตราตายสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด[3,22,21] ภาวะดังกล่าวเกิดจากการติดเชื้อที่ลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย นำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ความล้มเหลวของอวัยวะ และอาจพัฒนาเป็นภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต [12,7,2]

ในบริบทของโรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร พบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นหนึ่งใน 5 อันดับโรคสำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2565–2567 แม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลครอบคลุม ทั้งระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะรักษา และระยะหลังจำหน่าย แต่ยังพบปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ การประเมินและรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางการให้ ยาปฏิชีวนะไม่ทันเวลา ขาดการปรับปรุง แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงข้อจำกัดด้านบุคลากร ระบบสื่อสาร และความรู้ของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่องและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต[23]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงจร PDCA ของ Deming เป็นเครื่องมือสำคัญ ที่ช่วยยกระดับคุณภาพระบบบริการอย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง[5] อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบในหลายองค์กรคือการขาดการมีส่วนร่วมและความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับวงจร PDCA เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลให้เป็นมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพนนาแก้ว และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการ ให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร นักโภชนากร ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 36 คน

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้รับบริการรักษา ตั้งแต่ แรกรับจนได้ Admit เข้านอนรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้คลอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการวัด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร จำนวน 10 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่าง
ทั้ง 2 กลุ่ม

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 13 ข้อ แยกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเป็นไปได้ ของการใช้ระบบ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะและแสดงความคิดเห็น จำนวน 3 ข้อ ลักษณะ คำถามเป็นแบบให้อธิบายความคิดเห็น

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกข้อมูลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร จำนวน 20 ข้อ แยกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ระยะ Pre-Hospital จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ระยะ In-Hospital จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 ระยะ Pose-Hospital จำนวน 6 ข้อ 5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร และคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัด
สกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (PLAN) เป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผ่านการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 36 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อระบุปัญหา ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรค พร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมและกำหนดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (DO) เป็นการนำแผนไปทดลองใช้จริง โดยชี้แจงบทบาทหน้าที่ของทีม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการตรวจสอบ/แก้ไข (CHECK) เป็นการติดตาม นิเทศ และประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้ทั้งการประชุมสะท้อนผล การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และแบบประเมินความเป็นไปได้

ของระบบจากทีมสุขภาพและผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้ระบบ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการปรับปรุงและประเมินผล (ACT) เป็นการนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ของระบบในหลายมิติ ได้แก่ การเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ความถูกต้องในการประเมินและการรักษา (เช่น การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง) การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติของบุคลากร การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ และความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้จริง โดยข้อมูลทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป,การประเมินปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด,การประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และความพึงพอใจของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์และเปรียบเทียบแบบประเมินความรู้ และแบบบันทึกข้อมูลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร โดยใช้สถิติ หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยมีการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หมายเลข SKN REC 029/2568 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน โดยเริ่มจาก1.1 การวิเคราะห์ปัญหา พบข้อจำกัดสำคัญใน 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับอาการ ทำให้มารับบริการล่าช้า รวมถึง มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการ

2) ระยะในโรงพยาบาล (In-hospital) พบปัญหาด้านระบบและการปฏิบัติงาน เช่น ขาดแนวทางและคู่มือที่ชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรมีทักษะและการปฏิบัติ ที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การคัดกรองและวินิจฉัยไม่เป็นระบบ การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะวิกฤต ยังขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

3) ระยะหลังจำหน่าย (Post- hospital) การดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบ ขาดแนวทางติดตามผู้ป่วย และการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ชัดเจน รวมถึงข้อมูล ในระบบไม่สอดคล้องกัน โดยสรุปปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยยังไม่รวดเร็ว ต่อเนื่อง และไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ผู้วิจัยจึงร่วมกับทีมสุขภาพพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเน้นการ มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องมากขึ้น

1.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้วางแผนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร หลังจากได้ทำการวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาล โพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร จากขั้นตอนที่ 1 แล้วมีการวางแผนการสร้างพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร โดยใช้กระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการ(Action Research) ดำเนินการวิจัยตามวงจร PDCA คือ วางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) สังเกตการปฏิบัติ (Check) และการประเมินผล (action) การใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน เช่น qSOFA และ SIRS เพื่อประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ วินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และประเมินผลการรักษาเบื้องต้น พร้อมระบบส่งต่อที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรง

2. ระยะในโรงพยาบาล (In-hospital) พัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมการประเมินอาการ การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะ การเฝ้าระวังอาการด้วย SOS score และสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด รวมถึงการดูแลภาวะวิกฤต เช่น septic shock การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ และการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ

3. ระยะหลังจำหน่าย (Post-hospital) เน้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันการติดเชื้อ การฟื้นฟูร่างกาย และการติดตามตามนัด พร้อมประสานงานทีมเยี่ยมบ้านและหน่วยบริการใกล้บ้าน

สรุประบบที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความรวดเร็ว เป็นระบบ และต่อเนื่องมากขึ้น ลดความล่าช้าในการรักษา และส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน

จากพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร สามารถสรุปเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 3 ระยะ คือ 1. ระยะ Pre-Hospital 2. ระยะ In-Hospital และ3. ระยะ Post-Hospital

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ โดยปฏิบัติตามแผน ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ที่ได้สร้างและพัฒนาขึ้นในแผนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

2) ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้วจังหวัดสกลนคร โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง,ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ทีมสุขภาพและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด, แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ของกลุ่มตัวอย่าง และทีมสุขภาพ,ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นเพิ่มเติม,แบบบันทึกข้อมูลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพ พบว่า เพศหญิง เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.22 รองลงมาเพศชาย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.78 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67. รองลงมาคืออยู่ในช่วง 31-40 ปีจำนวน 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 30.56 ค่าเฉลี่ยอายุ 35.30 ปี และระยะเวลาที่เป็น

ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มากที่สุดอยู่ที่ มากกว่า 10 ปีจำนวน15 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงอยู่ที่ 4-6 ปี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 สถานภาพ ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาสถานภาพสมรส จำนวน 17 ราย คิดเป็น ร้อยละ 47.22 ส่วนใหญ่นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา อยู่ที่ระดับปริญญาตรีจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 อาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพ ข้ารับราชการ จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.56 รองลงมาอาชีพลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.44 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 20,001-30,000 บาท จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมารายได้ของครอบครัวต่อเดือน 30,001-40,000 บาท จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.44 เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เคย จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.00 รองลงมาไม่เคย จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.86 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.14 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ มากกว่า 60 ปี จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.29 รองลงมา 51-60 ปี จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.71 รองลงมา สถานะหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.14 นับถือศาสนาพุทธ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.43 รองลงมามัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.57 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 12 ราย คิดเป็น ร้อยละ 34.29 รายได้ครอบครัว/เดือน ส่วนใหญ่ 10,001-15,000 บาท จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.57 รองลงมา 5,000-10,000 บาท จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.86 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ท่านเคยป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่ไม่เคย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.57 รองลงมาเคย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.43 เคยมารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ส่วนใหญ่เคย จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.43 รองลงมาไม่เคย จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.57

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ วิเคราะห์ผลการประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร และสะท้อนกลับ ข้อมูลที่ได้จากการพัฒนา ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์ กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยและอุปสรรคในการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหา ที่เกิดขึ้นว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ซึ่งผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษามีดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ของกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ของกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมในแต่ละด้านของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 1. ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด หลังพัฒนา มีความรู้ทั่วไปเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ที่ร้อยละ 97.22 จากก่อนพัฒนาในระดับน้อยถึงปานกลาง รวมเป็นร้อยละ 38.89

2) ความรู้ด้านการประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย หลังพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ร้อยละ

97.22 จากก่อนพัฒนาที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67

3) การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หลังพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ร้อยละ 97.22 จากก่อนพัฒนา ที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง รวมเป็นร้อยละ 19.45

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาล โพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพ พบว่า ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หลังพัฒนา มีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 26.83, S.D.= 0.51) จากก่อนพัฒนาที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 21.53, S.D.= 3.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. ผลของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนครกลุ่มตัวอย่าง ทีมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ พบว่า ผลของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังพัฒนาการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอยู่ที่ระดับมากที่สุด ซึ่งผลของการปฏิบัติ ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนา เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา โดยหลังพัฒนา $\bar{X}$ = 14.92, S.D.= 0.28 และก่อนพัฒนา $\bar{X}$ = 14.25, S.D.= 1.79 อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ 0.05

3. ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาล โพนนาแก้ว จังหวัดสกลนครก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพ ในด้านความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนครก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพ พบว่า ในทุกด้านทุกหัวข้อการประเมินความพึงพอใจ หลังพัฒนามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากถึงมากที่สุด จากก่อนพัฒนาที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด พบว่า ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หลังพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X}$ = 33.44, S.D.= 5.73) จากก่อนพัฒนาที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 30.11, S.D.= 6.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. ความพึงพอใจของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาล โพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนครก่อน และหลังเข้าร่วมการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด ก่อนและหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ในทุกด้านทุกหัวข้อหารประเมินความพึงพอใจหลังพัฒนามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากถึงมากที่สุด จากก่อนพัฒนาที่อยู่ในระดับน้อย ถึงปานกลาง

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด พบว่า ความพึงพอใจหลังพัฒนา มีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 37.26, S.D.= 2.27) จากก่อนพัฒนาที่อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 24.80, S.D.= 4.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5. ความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาล โพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร(กลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพ) ในด้านความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร (กลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพ) เมื่อเปรียบเทียบความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หลังพัฒนาทีมสุขภาพเห็นด้วยว่า มีความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในทุกหัวข้อจากก่อนพัฒนาค่าเฉลี่ยร้อยละ 96.87

6. เปรียบเทียบผลลัพธ์(ตัวชี้วัด) ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา (ระหว่างวันที่ 25 สิงหาคม 2568 – 25 พฤศจิกายน 2568) ภายหลังการพัฒนาระบบ พบว่าตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจนในทุกระยะ (Pre-Hospital, In-Hospital และ Post-Hospital) โดยหลายตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 1) ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital) ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการดีขึ้น ได้แก่ การคัดกรองด้วย qSOFA/SOS score เพิ่มจาก 89.99% เป็น 100 การเข้าถึงบริการภายใน 48 ชั่วโมง เพิ่มจาก 86.86% เป็น 100 การประเมินผู้ป่วยภายใน 10 นาที เพิ่มจาก 90.88% เป็น 98.95 และการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มเป็น 100% 2) ระยะในโรงพยาบาล (In-Hospital) ตัวชี้วัดด้านการดูแลส่วนใหญ่เพิ่มเป็น 100% เช่น การประเมินอาการตามเกณฑ์มาตรฐาน การให้สารน้ำ การเฝ้าระวังอาการ และการดูแลตามแผนการรักษา (bundle of care) รวมถึงการบันทึกข้อมูลเพิ่มจาก 88.24% เป็น 100% 3) ระยะหลังจำหน่าย (Post-Hospital) ตัวชี้วัดด้านการดูแลต่อเนื่อง เช่น การใช้ยา การป้องกันการติดเชื้อ การให้คำแนะนำ และการติดตามนัด เพิ่มเป็น 100% ขณะที่ด้านการฟื้นฟูร่างกายเพิ่มจาก 88.14% เป็น 96.25% สรุปผลลัพธ์ ตัวชี้วัดส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นสู่ระดับ 100% และตัวที่เหลือ มีแนวโน้มดีขึ้น ครอบคลุมทุกระยะของการดูแล แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้นในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร โดยใช้รูปแบบการวิจัย เชิงปฏิบัติการร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA พบว่าสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกระยะของการบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Deming (1986)[4] ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart [9] ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในบริบทจริง โดยในระยะก่อนเข้ารับบริการ (Pre-hospital) พบว่าผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค ทำให้เข้ารับบริการล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับ Health Belief Model [13] และการศึกษาของ Rivers et al.[10] ที่ชี้ว่าการเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วมีผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิต ขณะที่ระยะในโรงพยาบาล (In-hospital) พบปัญหาการขาดแนวปฏิบัติและเครื่องมือมาตรฐาน ส่งผลให้เกิดความแปรปรวนในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด evidence-based practice ของ Sackett[14] และแนวทาง Surviving Sepsis Campaign[3] ส่วนระยะหลังจำหน่าย (Post-hospital) พบว่าการดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิด continuity of care (Haggerty et al., 2003)[8] และยังพบข้อจำกัดด้านระบบข้อมูลและการกำกับติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization[16] สะท้อนว่าปัญหาเป็นลักษณะเชิงระบบที่ต้องพัฒนาแบบองค์รวม

ในด้านผลการพัฒนา พบว่าทีมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีประสบการณ์สูง สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization[20] และ

แนวคิดพัฒนาการวิชาชีพของ Benner[1] อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (knowledge–practice gap) ตามแนวคิดของ Sackett[14] ขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม และมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับ Singer et al.[15] และ World Health Organization[16,19] จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบที่คำนึงถึงทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ภายหลังการพัฒนา พบว่าความรู้ของ ทีมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิด PDCA[4] และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ[9] รวมถึงงานวิจัยก่อนหน้า แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เชิงลึกและสามารถนำไปใช้จริงได้ แม้ว่าคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางจะไม่แตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าคุณภาพและความสม่ำเสมอของการปฏิบัติดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีการลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Deming [4] และแนวทาง Sepsis bundle ของ Surviving Sepsis Campaign[3] สะท้อนว่าการพัฒนาระบบช่วยยกระดับมาตรฐานการดูแลมากกว่าการเพิ่มคะแนนเชิงปริมาณ

ในด้านความพึงพอใจ พบว่าทั้งทีมสุขภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ความสะดวกในการใช้งาน และการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian[5] และแนวคิด evidence-based practice ของ Sackett[14] รวมถึงแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ World Health Organization[18] ซึ่งสะท้อนว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองทั้งความต้องการของผู้ให้และผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ บุคลากรยังมีความเห็นว่าสามารถนำระบบไปใช้ได้จริงในระดับสูงมาก เนื่องจากมีความง่าย ชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers[12] และแนวคิดการมีส่วนร่วมของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้ระบบมีแนวโน้มเกิดความยั่งยืนในระยะยาว

สำหรับผลลัพธ์เชิงตัวชี้วัด พบว่าคุณภาพการดูแลดีขึ้นอย่างชัดเจนในทุกระยะ ทั้งการเข้าถึงบริการ การรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยหลายตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100 สอดคล้องกับแนวทาง Surviving Sepsis Campaign[3] และการศึกษาของ Rivers et al.[10] ที่เน้นความสำคัญของการรักษาอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ รวมถึงแนวคิดของ Deming[4] ในการพัฒนาคุณภาพแบบองค์รวม

โดยสรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับ PDCA สามารถยกระดับความรู้ การปฏิบัติ ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกมิติของระบบบริการสุขภาพ และมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบายและการบริหารควรขยายระบบสู่เครือข่ายบริการสุขภาพ และสนับสนุนการใช้แนวทางมาตรฐาน พร้อมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืน

2. เชิงการปฏิบัติควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้เครื่องมือ คัดกรองและหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมพัฒนาระบบสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนาระบบต่อเนื่อง ควรพัฒนาระบบสารสนเทศให้ครบถ้วน ทันเวลา มีการติดตามประเมินผลตาม PDCA และเสริมการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

4. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ในหลายพื้นที่ และศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว รวมถึงเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลและปัจจัยความสำเร็จของระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley.
2. Bentley, S. K., Iavicoli, L., & Jacobs,E. (2016). Impact of sepsis education on nurse recognition and management of sepsis. Journal of Nursing Care Quality, 31(1), 63–69. https://doi.org/10.1097/ NCQ.0000000000000149
3. Castellanos-Ortega, A., Suberviola, B., García-Astudillo, L. A., Holanda, M. S., Ortiz, F., Llorca, J., & Delgado-Rodríguez, M. (2010). Impact of the Surviving Sepsis Campaign protocols on hospital length of stay and mortality in septic shock patients: Results of a three-year follow-up quasi-experimental study. Critical Care Medicine, 38(4), 1036–1043. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013 e3181cf8d9a
4. Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. MIT Press.
5. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033
6. Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L. C. P., Beale, R., Beilman, G. J., ... Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Medicine, 47, 1181–1247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y
7. Glickman, S. W., Cairns, C. B., Otero, R. M., Woods, C. W., Tsalik, E. L., Langley, R. J., ... Fowler, V. G. (2010). Disease progression in hemodynamically stable patients presenting to the emergency department with sepsis. Academic Emergency Medicine, 17(4), 383–390. https://doi.org/10.1111/ j.1553-2712.2010.00699.x
8. Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. BMJ,327 (7425),1219–1221. https://doi.org/ 10.1136/bmj.327.7425.1219
9. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
10. Rivers, E., Nguyen, B., Havstad, S., Ressler, J., Muzzin, A., Knoblich, B., Peterson, E., & Tomlanovich, M. (2001). Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. New England Journal of Medicine, 345(19), 1368–1377. https://doi.org/10.1056/NEJMoa010307
11. Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J. E., Sprung, C. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Rubenfeld, G. D., Angus, D. C., Annane, D., Beale, R. J., Bellinghan, G. J., Bernard, G. R., Chiche, J.-D., Coopersmith, C., ... Dellinger, R. P. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2016. Intensive Care Medicine, 43(3), 304–377. https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6
12. Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations (5th ed.). Free Press.
13. Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 328–335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403
14. Sackett, D. L. (1996). Evidence- based medicine: What it is and what it isn't. BMJ, 312(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj. 312.7023.71
15. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J.-D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J.-L., & Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3).JAMA,315(8),801–810. https:// doi.org/10.1001/jama. 2016.0287
16. World Health Organization. (2008). Primary health care: Now more than ever. WHO Press.
17. World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO Press.

18. World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. WHO Press.
19. World Health Organization. (2017). Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis. WHO.
20. World Health Organization. (2020). State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. WHO Press.
21. ธิราภรณ์ อุ่นแก้ว, และ อนุพันธ์ สุวรรณพันธุ. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข.
22. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis). สปสช.
23. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2568). ข้อมูลอัตราป่วยและอัตราตายจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (HDC). สกลนคร: กระทรวงสาธารณสุข.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 8

THE RELATIONSHIP BETWEEN STRUCTURAL FACTORS, PROCESS QUALITY AND NURSING OUTCOMES IN CRITICAL CARE UNITS FROM THE PERCEPTION OF PROFESSIONAL NURSES IN HEALTH REGION 8

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ศุภลักษณ์ นิยะสม[1] วรรณชนก จันทชุม[2]
Supphalak Niyasom [1] Wannchanok Chanthachum [2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรปัจจัยเชิงโครงสร้าง 5 ตัวแปร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร ระบบสารสนเทศ และการพัฒนาบุคลากร และตัวแปรคุณภาพกระบวนการ 6 ตัวแปร ได้แก่ กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานงาน ต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต 5 โรงพยาบาล จำนวน 169 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: ตัวแปรปัจจัยเชิงโครงสร้างทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = 0.254–0.475$, $p < .001$) และตัวแปรคุณภาพกระบวนการทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.693–0.776$, $p < .001$) ตัวแปร 5 ตัวแปรร่วมกันพยากรณ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ร้อยละ 70.4 ($R^2 = 0.704$, Adjusted $R^2 = 0.695$, $F = 77.531$, $p < .001$) โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวมีอำนาจพยากรณ์สูงที่สุด (Beta = 0.322) รองลงมาคือการสื่อสาร (Beta = 0.194) การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Beta = 0.169) สภาพแวดล้อมการทำงาน (Beta = 0.169) และกระบวนการพยาบาล (Beta = 0.168) ตามลำดับ

คำสำคัญ: หอผู้ป่วยวิกฤต, ปัจจัยเชิงโครงสร้าง, คุณภาพกระบวนการ, ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

Abstract

This study aimed to examine the relationships and predictive power of five structural factor variables — human resources, work environment, organizational support, information systems, and personnel development — and six process quality variables — nursing process, standard guideline adherence, infection prevention and control, communication, patient and family participation, and coordination — on nursing outcomes, as perceived by professional nurses in secondary-level hospitals within Health Region 8. The sample comprised 169 professional nurses from ICUs across five hospitals, selected through stratified random sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

Results: All structural factor variables showed statistically significant positive relationships with nursing outcomes at low to moderate levels ($r = 0.254–0.475$, $p < .001$), while all process quality variables demonstrated statistically significant positive relationships at high levels ($r = 0.693–0.776$, $p < .001$). Five variables collectively predicted 70.4% of

[1] ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์สาขาวิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น : Corresponding Author Email: wancha_p@kku.ac.th

the variance in nursing outcomes (R^2 = 0.704, Adjusted R^2 = 0.695, F = 77.531, p < .001). Patient and family participation had the highest predictive power (Beta = 0.322), followed by communication (Beta = 0.194), infection prevention and control (Beta = 0.169), work environment (Beta = 0.169), and nursing process (Beta = 0.168), respectively.
Keywords: Intensive Care Unit, Structural Factors, Process Quality, Nursing Outcomes

บทนำ

ในยุคดิจิทัล องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแผนงานทั่วไปฉบับที่ 13 (ค.ศ. 2019–2023) มุ่งบรรลุเป้าหมายสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเสริมสร้างความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ และการยกระดับสุขภาวะของประชากรโลก สอดคล้องกับ SDG3 ที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ประเทศไทยได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ท่ามกลางความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มความซับซ้อนในการดูแลสุขภาพ[2] โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องบูรณาการทั้งมิติกาย จิตใจ สังคม และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[3] ซึ่ง Doran[1] ได้นำเสนอแบบจำลองประสิทธิผลบทบาทการพยาบาล (Nursing Role Effectiveness Model: NREM) ที่อธิบายความสัมพันธ์เชิงพลวัตระหว่างโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องการการเฝ้าระวังและการพยาบาลอย่างเข้มข้นตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้ความซับซ้อนของการใช้เทคโนโลยีและการรักษาแบบรุกล้ำ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าหอผู้ป่วยทั่วไปถึง 4-6 เท่า คือประมาณวันละ 18,777–27,674 บาท/วันในประเทศไทย[4] สถานการณ์ด้านกำลังคนเป็นความท้าทายที่พบทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยอัตราการลาออกของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วโลกสูงถึงร้อยละ 23[5] และการจัดสรรทรัพยากรเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตของประเทศไทยอยู่ที่เพียง 8.1 เตียงต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งต่ำกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาที่มี 29.4 เตียงต่อประชากร 100,000 คนเป็นอย่างมาก ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการให้บริการ การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ Doran[1] ซึ่งพัฒนาขึ้นจากบริบทการพยาบาลโดยตรง แตกต่างจากกรอบแนวคิดของ Donabedian[6] ที่มุ่งเน้นการประเมินคุณภาพในภาพกว้าง ขณะที่กรอบของ Doran เจาะจงถึงผลลัพธ์ที่ไวต่อการพยาบาล (Nursing-Sensitive Outcomes) และมีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ประสบกับความท้าทายด้านทรัพยากรอย่างเป็นรูปธรรม สถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่มีนัยสำคัญ โดยพบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กว่า 665,493 เหตุการณ์ในช่วงปีงบประมาณ 2561–2563 แต่ได้รับการแก้ไขเพียงร้อยละ 36.4 ในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดร้อยละ 8.72 ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 4.74 ต่อ 1,000 วัน และความผิดพลาดด้านความปลอดภัยร้อยละ 2.83 ต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน รวมถึงอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพมีเพียงร้อยละ 66.48 ตามเป้าหมายที่กำหนด และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างด้านคุณภาพที่ต้องการการศึกษาเชิงบูรณาการอย่างเร่งด่วน แม้การศึกษาเรื่องผลลัพธ์ทางการพยาบาลจะได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีช่องว่างองค์ความรู้สำคัญ 3 ประการ ประการแรก การศึกษาส่วนใหญ่วิเคราะห์ปัจจัยแต่ละด้านแยกจากกัน ขาดการวิเคราะห์เชิง

บูรณาการที่เชื่อมโยงปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพ กระบวนการ และผลลัพธ์ในเวลาเดียวกัน ประการที่สอง การศึกษาในประเทศไทยยังขาดการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยดังกล่าวในบริบทเฉพาะของหอผู้ป่วยวิกฤต และประการที่สาม การวัดผลลัพธ์ในการศึกษาที่ผ่านมายังจำกัดอยู่ที่ตัวชี้วัดทางคลินิก ขาดการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติตามกรอบแนวคิดของ Doran[7,8,9] การศึกษานี้จึงมุ่งตอบช่องว่างทั้งสามประการด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ระหว่างตัวแปรทั้งสามกลุ่มในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิอย่างบูรณาการและครอบคลุม ผลที่ได้จะเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนานโยบายการจัดสรรทรัพยากร การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น

Dian M. Doran[1] ได้นำเสนอแนวคิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ผลกระทบของการพยาบาลที่มีต่อสุขภาพผู้ป่วย แนวคิดนี้ให้มุมมองว่าผลลัพธ์ไม่ได้วัดเพียงแค่การรักษาทางการแพทย์ แต่ครอบคลุมถึงกระบวนการดูแลที่มีคุณภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการจัดการภาวะสุขภาพแบบครบองค์รวม ซึ่งเชื่อมโยงโดยตรงกับบทบาทและความสามารถของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย แนวคิดดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับการประเมินผลลัพธ์ที่ครอบคลุมมากกว่าตัวชี้วัดทางคลินิก โดยคำนึงถึงประสบการณ์ของผู้ป่วย ความพึงพอใจ และคุณภาพการสื่อสาร Doran[1] เน้นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ สะท้อนถึงความเป็นมืออาชีพและความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงกรอบแนวคิดของ Doran[1] ได้นำเสนอความสัมพันธ์เชิงระบบของการพยาบาลที่เชื่อมโยงระหว่างโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์เข้าด้วยกันอย่างลึกซึ้ง โดยมองว่าองค์ประกอบทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์แบบพลวัต ที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนระบบการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย 1) โครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย (1.1) ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ อัตรากำลังพยาบาล (nurse staffing levels), การผสมผสานทักษะ (skill mix), คุณวุฒิและประสบการณ์ ของพยาบาล, การฝึกอบรมและพัฒนา บุคลากร (1.2) ทรัพยากรทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ของหอผู้ป่วย, อุปกรณ์และเทคโนโลยี, ระบบสารสนเทศ (1.3) โครงสร้างองค์กร ได้แก่ แบบจำลองการให้บริการ, โครงสร้างการบริหารจัดการ, นโยบายและแนวปฏิบัติ, วัฒนธรรมองค์กร 2) กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย (2.1) กระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย (assessment), การวางแผนการดูแล (care planning), การให้การดูแล (intervention delivery) และ การประเมินผล (evaluation) (2.2) กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูแลโดยตรง (direct care activities), การสื่อสาร กับทีมสหวิชาชีพ, การให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยและญาติ และ การประสานงาน (care coordination) (2.3) คุณภาพกระบวนการ ได้แก่ ความถูกต้องของการปฏิบัติ, ความทันเวลา (timeliness), ความต่อเนื่อง ของการดูแล และ การปฏิบัติตาม evidence-based practice เน้นคุณภาพกระบวนการพยาบาล การตัดสินใจทางคลินิก และการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยทักษะและองค์ความรู้จากโครงสร้างที่มีอยู่[10] มุ่งเน้นที่การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ต้องพึ่งพาทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยทุกกระบวนการล้วนต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย 3) ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นจุดสุดท้ายที่สะท้อนประสิทธิภาพของระบบการพยาบาล

ประกอบด้วย (3.1) ผลลัพธ์ระดับผู้ป่วย (Patient Outcomes) มิติด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการติดเชื้อ (infection rates), แผลกดทับ (pressure ulcers), การล้ม (falls), อัตราการเสียชีวิต (mortality rates) และ ระยะเวลาพักรักษา (length of stay) มิติด้านผลลัพธ์เชิงหน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน, การฟื้นฟูสุขภาพ และ คุณภาพชีวิต มิติผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ได้แก่ ความพึงพอใจในการดูแล, ประสบการณ์การรักษา 3.2) ผลลัพธ์ระดับพยาบาล (Nurse Outcomes) ด้านความพึงพอใจในงาน ได้แก่ Job satisfaction, Intent to stay/turnover, Burnout และ work engagement (3.3) ผลลัพธ์ระดับองค์กร (Organizational Outcomes) ด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ ต้นทุนการดูแล, ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และ ผลิตภาพ ด้านคุณภาพการบริการ ได้แก่ คะแนนความพึงพอใจโดยรวม, อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และ ตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการประเมินความสำเร็จของการพยาบาลในมิติต่างๆ ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การควบคุมอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจในบริการ รวมถึงผลลัพธ์ในระดับองค์กร เช่น อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ต้นทุนการรักษา และคุณภาพการดูแลโดยรวม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร ระบบสารสนเทศ และการพัฒนาบุคลากร และ คุณภาพกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว กับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิเขตสุขภาพที่ 8

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร ระบบสารสนเทศ และการพัฒนาบุคลากร และคุณภาพกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8

สมมติฐาน

1. ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร ระบบสารสนเทศ และการพัฒนาบุคลากร และคุณภาพกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร ระบบสารสนเทศ และการพัฒนาบุคลากร และคุณภาพกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานงาน สามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองประสิทธิผลบทบาทการพยาบาล (Nursing Role Effectiveness Model: NREM) ของ Doran1 เป็นกรอบอ้างอิงหลัก กรอบแนวคิดดังกล่าวได้รับการ

คัดเลือกเนื่องจากมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ไวต่อการพยาบาล (Nursing-Sensitive Outcomes) โดยเฉพาะ และอธิบายความสัมพันธ์เชิงพลวัตระหว่างโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเจาะจงกว่ากรอบแนวคิดของ Donabedian6 ที่ประเมินคุณภาพในภาพรวมของระบบสุขภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่เผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากรอย่างเป็นรูปธรรม โดยในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดตัวแปรอิสระเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้าง 5 ด้าน ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร ระบบสารสนเทศ และการพัฒนาบุคลากร และคุณภาพกระบวนการ 6 ด้าน ได้แก่ กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานงาน ส่วนตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล 4 ด้าน ที่คัดสรรให้สอดคล้องกับบริบทหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสบการณ์ของผู้ป่วย และการตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี[11] ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลหนองคาย และโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ครอบคลุมหอผู้ป่วยวิกฤต 15 หอผู้ป่วย รวมประชากรทั้งสิ้น 196 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power Analysis อ้างอิงหลักการของ Cohen[12] โดยกำหนดขนาดผลกระทบระดับกลาง (r = 0.30) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 เนื่องจากการวิจัยนี้มีตัวแปรอิสระ 11 ตัว Tabachnick and Fidell[13] แนะนำอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อตัวแปรไม่น้อยกว่า 15:1 จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 165 คน และเพิ่มร้อยละ 10 ป้องกันอัตราการตอบกลับคืน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งสิ้น 182 คน จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นตามจำนวนโรงพยาบาล จัดสรรตามสัดส่วนประชากรแต่ละชั้น (Proportional Allocation) และสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละชั้น ได้กลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มจากประชากร 196 คน จำนวน 182 คน ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 182 คน และได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืน 169 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 92.86

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Doran[1] แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัจจัยเชิงโครงสร้าง 29 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพกระบวนการ 34 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ส่วนที่ 4 แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล[14] 39 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน แบบสอบถามในส่วนที่ 2–4 ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) แปลผลระดับการรับรู้ เป็น 5 ระดับ คือ ต่ำมาก (1.00–1.50) ต่ำ (1.51–2.50) ปานกลาง (2.51–3.50) สูง (3.51–4.50) และสูงมาก (4.51–5.00)[15] ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ยอมรับที่ 0.80 สอดคล้องกับ Lynn[16] และทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลมหาสารคาม เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมและรายด้านอยู่ในช่วง 0.95–0.98 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูงและเหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) โดยแปลความหมายขนาดความสัมพันธ์

ตามเกณฑ์ของ Hinkle, Wiersma, and Jurs[17] ที่กำหนดค่า r ระหว่าง 0.90–1.00 ว่าสูงมาก 0.70–0.89 ว่าสูง 0.50–0.69 ว่าปานกลางถึงค่อนข้างสูง 0.30–0.49 ว่าปานกลาง และ 0.10–0.29 ว่าต่ำ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามแนวทางของ Osborne and Waters[18] ครบทั้ง 4 ประการ ได้แก่ Linearity, Normality of Residuals, Independence of Residuals และ Homoscedasticity รวมถึงตรวจสอบ Multicollinearity ด้วยค่า Tolerance (> 0.10) และค่า VIF (< 10) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการ (Durbin-Watson = 1.827, Tolerance = 0.752, VIF = 1.329)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE: 682193) และโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง โดยยึดหลักจริยธรรม 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม กลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-consent) โดยสมัครใจ ข้อมูลได้รับการเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.3) อายุเฉลี่ย 34.36 ปี (SD = 8.417) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาล (ร้อยละ 97.6) ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ (ร้อยละ 46.2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 9.67 ปี (SD = 7.909) โดยกลุ่ม 6–10 ปีมีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 26.2) เคยผ่านการอบรมความรู้ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ (ร้อยละ 54.4) และมีใบประกาศนียบัตรด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 47.4) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมทุกแผนกมากที่สุด (ร้อยละ 27.8) ระบบหมุนเวียนเวรเช้า-บ่าย-ดึก (ร้อยละ 90.53) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 65.40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (SD = 22.403) โดยร้อยละ 49.10 ทำงาน 53–72 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่ามาตรฐาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ และอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 1:2 (ร้อยละ 78.7) บริบทดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านกำลังคนอย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจัยเชิงโครงสร้างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.39, SD = 0.60) และคุณภาพกระบวนการโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.07, SD = 0.57) สะท้อนความมุ่งมั่นของพยาบาลวิชาชีพในการรักษามาตรฐานกระบวนการดูแลแม้จะเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการ กับผลลัพธ์ทางการพยาบาล เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปรกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าตัวแปรคุณภาพกระบวนการทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = 0.776$) รองลงมาคือการสื่อสาร ($r = 0.751$) การประสานงาน ($r = 0.740$) การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน ($r = 0.713$) การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ($r = 0.710$) และกระบวนการพยาบาล ($r = 0.693$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวม คุณภาพกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล ($r = 0.815$) สำหรับตัวแปรปัจจัยเชิงโครงสร้าง ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < .001$) แต่มีขนาดความสัมพันธ์ต่ำกว่าคุณภาพกระบวนการอย่างเห็นได้

ชัด โดยระบบสารสนเทศมีความสัมพันธ์สูงที่สุดในระดับปานกลาง (r = 0.475) รองลงมาคือสภาพแวดล้อมการทำงาน (r = 0.426) การพัฒนาบุคลากร (r = 0.373) การสนับสนุนขององค์กร (r = 0.293) และทรัพยากรบุคคล (r = 0.254) ตามลำดับ โดยสามตัวแปรหลังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาในภาพรวม ปัจจัยเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล (r = 0.470) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3. ความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยเชิงโครงสร้างและคุณภาพกระบวนการต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการมีทั้งสิ้น 5 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพแวดล้อมการทำงาน กระบวนการพยาบาล การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และการสื่อสาร ทุกตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ร้อยละ 70.4 (R^2 = 0.704, Adjusted R^2 = 0.695, F = 77.531, p < .001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 รายละเอียดดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เพื่อเปรียบเทียบอิทธิพลสัมพัทธ์ของตัวแปรพยากรณ์ พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวมีอำนาจพยากรณ์สูงที่สุด (Beta = 0.322) รองลงมาคือการสื่อสาร (Beta = 0.194) การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Beta = 0.169) สภาพแวดล้อมการทำงาน (Beta = 0.169) และกระบวนการพยาบาล (Beta = 0.168) ตามลำดับ ที่น่าสังเกตคือ 4 ใน 5 ตัวแปรมาจากมิติคุณภาพกระบวนการ และมีเพียงสภาพแวดล้อมการทำงานเพียงตัวแปรเดียวจากมิติโครงสร้างที่ถูกคัดเลือก สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพยาบาลมีอำนาจพยากรณ์สูงกว่าโครงสร้างในบริบทโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

ตารางที่ 1 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการพยากรณ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8

ตัวแปรพยากรณ์	B	Std. Error	Beta	t	p-value	R^2Change
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว	0.262	0.076	0.322	3.460	<.001*	0.602
ด้านการสื่อสาร	0.152	0.072	0.194	2.115	.036*	0.008
ด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	0.159	0.064	0.169	2.493	.014*	0.013
ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน	0.112	0.032	0.169	3.521	<.001*	0.053
ด้านกระบวนการพยาบาล	0.155	0.060	0.168	2.567	.011*	0.028

F = 77.531 (p < .001), Constant = 2.567, R = 0.839, R^2 = 0.704, Adjusted R^2 = 0.695

*p < .05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยเชิงโครงสร้างและตัวแปรคุณภาพกระบวนการกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตัวแปรปัจจัยเชิงโครงสร้างโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล (r = 0.470, p < .001) สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Doran et al. (2011) ที่ชี้ว่าโครงสร้างองค์กรเป็นรากฐานสำคัญของคุณภาพการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ระดับปานกลางของปัจจัยเชิงโครงสร้าง (Mean = 3.39) สะท้อนความท้าทายเชิงระบบที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในเขตสุขภาพที่ 8

กำลังเผชิญอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มข้นตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้อัตรากำลังพยาบาลที่มีเพียงร้อยละ 66.48 ของเป้าหมาย และอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 1:2 ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ที่ 1:1 สำหรับผู้ป่วยวิกฤตระดับ 4–5[19] ภาวะดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคลินิกในพื้นที่ที่พบอัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดร้อยละ 8.72 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ และอัตรา VAP ร้อยละ 4.74 ต่อ 1,000 วัน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับ Dall'Ora[20] ที่ชี้ว่าอัตรากำลังพยาบาลที่ไม่เพียงพอในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญ และหากปัญหานี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะยาวย่อมมีความเสี่ยงถดถอยลงตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตัวแปรปัจจัยเชิงโครงสร้างรายตัวแปร ตัวแปรระบบสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงที่สุดในกลุ่ม (r = 0.475) ซึ่งมีความหมายเป็นพิเศษในบริบท ICU ที่พยาบาลต้องติดตามสัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพารามิเตอร์การรักษาอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่ช่วยลดความเสี่ยงจากการตัดสินใจบนข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือล่าช้า สอดคล้องกับ รภัทภร เพชรสุข และ อารี ชีวเกษมสุข[21] ที่พบว่าการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการติดตามผู้ป่วยช่วยยกระดับประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ตัวแปรสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางรองลงมา (r = 0.426) โดยในบริบท ICU สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ระบบควบคุมการระบายอากาศ ความเพียงพอของพื้นที่ปฏิบัติงาน และการควบคุมเสียงรบกวน มีผลโดยตรงต่อทั้งความสามารถของพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยและความเครียดสะสมจากการทำงาน สอดคล้องกับ Shajahan[22] ที่ยืนยันว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตัวแปรทรัพยากรบุคคลมีความสัมพันธ์ต่ำที่สุด (r = 0.254) แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่มีความสำคัญ หากแต่สะท้อนว่าพยาบาลยังคงรักษาคุณภาพผลลัพธ์ผ่านความมุ่งมั่นส่วนบุคคล ซึ่งมีขีดจำกัดและความเปราะบางหากปัญหาเชิงโครงสร้างไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง สอดคล้องกับ Griffiths[19] ที่พบว่าการละเว้นการพยาบาล (Nursing Omission) เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่ออัตรากำลังพยาบาลใน ICU ต่ำกว่าเกณฑ์ สำหรับตัวแปรการสนับสนุนขององค์กร แม้ผู้บริหารจะมีนโยบายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แต่การแปลงนโยบายสู่การพัฒนาวิชาชีพและการยกย่องคุณค่างานพยาบาลใน ICU ยังไม่เป็นรูปธรรมเพียงพอ ขัดกับหลักการ Magnet Hospital ที่เน้นการเกื้อหนุนวิชาชีพอย่างยั่งยืน[23]

ตัวแปรคุณภาพกระบวนการโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล (r = 0.815, p < .001) สูงกว่าตัวแปรปัจจัยเชิงโครงสร้างอย่างเห็นได้ชัด และคุณภาพกระบวนการยังคงอยู่ในระดับสูง แม้ในบริบทที่ปัจจัยเชิงโครงสร้างมีข้อจำกัด สะท้อนวัฒนธรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ยึดมั่นในมาตรฐานวิชาชีพ และยืนยันบทบาทของกระบวนการพยาบาลในฐานะตัวเชื่อมสำคัญระหว่างโครงสร้างและผลลัพธ์ตามแนวคิดของ Doran[1] เมื่อพิจารณารายตัวแปร ตัวแปรการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงที่สุด (r = 0.776) ซึ่งมีนัยสำคัญเป็นพิเศษในบริบท ICU เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ครอบครัวจึงมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้ข้อมูล ผู้ตัดสินใจแทน และแหล่งสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ Hwang[3] ที่เน้นการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางใน ICU และ Dijkstra[24] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาช่วยลดความเครียดของครอบครัวและเพิ่มความ

ไว้วางใจในทีมดูแล รวมถึงสะท้อนรากฐานวัฒนธรรมไทยที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลยามเจ็บป่วย ตัวแปรการสื่อสาร (r = 0.751) และการประสานงาน (r = 0.740) มีความสัมพันธ์ระดับสูง รองลงมา สะท้อนความสำคัญที่ทวีคูณในบริบท ICU ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.53 ปฏิบัติงานในระบบเวรหมุนเวียน 3 เวรต่อวัน ความผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวรอาจส่งผลร้ายแรงถึงชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีภาวะที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและต้องการการตอบสนองทางคลินิกอย่างทันท่วงที สอดคล้องกับ Machon[25] ที่พบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพผ่านระบบดิจิทัลสามารถลดระยะเวลาการดำเนินงาน (turnaround time) ได้สูงสุดถึงร้อยละ 50 ตัวแปรการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน (r = 0.713) และการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (r = 0.710) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน แม้ข้อมูลเชิงคลินิกในพื้นที่ยังพบอัตรา VAP สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ชี้ให้เห็นช่องว่างระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติจริงที่อาจเกิดจากภาระงานสูงและอัตรากำลังไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตาม VAP Bundle, CLABSI Bundle และ CAUTI Bundle อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ Klompas[26] ที่ยืนยันว่าการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเป็นระบบช่วยลด VAP ได้อย่างมีนัยสำคัญ ตัวแปรกระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่ำที่สุดในกลุ่มแต่ยังอยู่ในระดับสูง (r = 0.693) โดยในบริบท ICU การประเมิน การวินิจฉัย และการวางแผนการพยาบาลต้องอาศัยสมรรถนะเฉพาะทางสูง สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 47.4 มีใบประกาศนียบัตรเฉพาะทาง ชี้ให้เห็นว่าช่องว่างด้านสมรรถนะอาจเป็นปัจจัยที่จำกัดประสิทธิภาพของกระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. อำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรปัจจัยเชิงโครงสร้างและตัวแปรคุณภาพกระบวนการต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ร้อยละ 70.4 (R^2 = 0.704, F = 77.531, p < .001) บ่งชี้ว่าโมเดลมีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกับบริบทหอผู้ป่วยวิกฤตในระดับสูง มีศักยภาพนำไปประยุกต์ใช้เป็นกรอบอ้างอิงสำหรับการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้อย่างเป็นรูปธรรม ที่น่าสังเกตคือ 4 ใน 5 ตัวแปรมาจากมิติคุณภาพกระบวนการ สะท้อนให้เห็นว่าในบริบท ICU ที่ทรัพยากรมีข้อจำกัด กระบวนการพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นกลไกสำคัญที่สามารถชดเชยและบรรเทาผลกระทบจากข้อจำกัดเชิงโครงสร้างได้ในระยะสั้น สอดคล้องกับ Doran[1] ที่ระบุว่ากระบวนการพยาบาลเป็นตัวแปรคั่นกลางที่ทรงพลังระหว่างโครงสร้างและผลลัพธ์ และ Danielis[9] ที่พบว่าคุณภาพกระบวนการพยาบาลเป็นตัวพยากรณ์สำคัญของผลลัพธ์ผู้ป่วยใน ICU แม้ในบริบทที่ทรัพยากรจำกัด

ตัวแปรการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวมีอำนาจพยากรณ์สูงที่สุด (Beta = 0.322) สะท้อนความเป็นจริงเฉพาะของ ICU ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารได้ ครอบครัวจึงไม่เพียงแต่เป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังเป็นหุ้นส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลทางคลินิก การตัดสินใจแทนผู้ป่วย และการช่วยเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงที่ทีมพยาบาลอาจพลาดไปเนื่องจากภาระงานสูง สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ Family-Centered Care ใน ICU ของ Hwang[3] อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า "ถ้ามีพยาบาลเพียงพอน่าจะมีเวลาให้การพยาบาลมากขึ้น" สะท้อนให้เห็นว่าอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคสำคัญที่จำกัดโอกาสของพยาบาลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีคุณภาพใน ICU

ตัวแปรการสื่อสารมีอำนาจพยากรณ์สูงเป็นอันดับสอง (Beta = 0.194) ซึ่งมีความหมายเป็นพิเศษใน ICU เนื่องจากพยาบาลต้องส่งเวร 3 รอบต่อวัน และแต่ละการส่งเวรเกี่ยวข้องกับข้อมูลทางคลินิกที่ซับซ้อนของผู้ป่วยวิกฤต ความผิดพลาดหรือการตกหล่นของ

ข้อมูลในการส่งเวรอาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่ต่อเนื่องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ สอดคล้องกับ Azmi[27] ที่ยืนยันว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการใช้หลัก SBAR ช่วยลดความเสี่ยงจากการส่งต่อข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ใน ICU ตัวแปรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Beta = 0.169) มีบทบาทโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ICU ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากอุปกรณ์รุกล้ำ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และสายสวนปัสสาวะ การปฏิบัติตาม Bundle อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดอัตรา VAP และ CLABSI ซึ่งพบว่ายังสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานในพื้นที่วิจัย สอดคล้องกับ Klompas[22] ตัวแปรสภาพแวดล้อมการทำงานเป็นตัวแปรจากมิติโครงสร้างเพียงตัวแปรเดียวที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ (Beta = 0.169) แสดงให้เห็นว่าในบรรดาตัวแปรโครงสร้างทั้งหมด สภาพแวดล้อมทางกายภาพของ ICU ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลมากที่สุด เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ และความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลในพื้นที่ปิดที่มีความหนาแน่นของอุปกรณ์สูง สอดรับกับ Shajahan[22] ตัวแปรกระบวนการพยาบาล (Beta = 0.168) แม้จะมีค่า Beta ต่ำสุดในสมการ แต่ความสำคัญของการประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลที่เป็นระบบมีนัยสำคัญยิ่งใน ICU ที่ผู้ป่วยมีภาวะซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว โดยการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แม่นยำและทันเวลาอาจเป็นความแตกต่างระหว่างการรอดชีวิตและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

สำหรับตัวแปรที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าสมการอธิบายได้จากสองมุมมอง มุมมองแรกคือตัวแปรเหล่านี้น่าจะส่งผลต่อผลลัพธ์ผ่านกระบวนการพยาบาลในฐานะตัวกลาง (Mediation Effect) ตามกรอบของ Doran[1] ที่วางให้โครงสร้างเป็นต้นทางของห่วงโซ่เชิงสาเหตุ กล่าวคือตัวแปรทรัพยากรบุคคลและการสนับสนุนขององค์กรอาจส่งผลต่อผลลัพธ์โดยผ่านการยกระดับคุณภาพกระบวนการก่อน มากกว่าที่จะส่งผลโดยตรง มุมมองที่สองคือในบริบทโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ปัจจัยเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างคงที่ ความแปรปรวนระหว่างโรงพยาบาลในตัวแปรเหล่านี้อาจไม่เพียงพอที่จะตรวจจับอิทธิพลต่อผลลัพธ์ได้ชัดเจนในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ นัยสำคัญเชิงนโยบายจากผลการวิจัยนี้คือในระยะสั้นการพัฒนาคุณภาพกระบวนการพยาบาลโดยตรงให้ผลตอบแทนต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลสูงกว่าและวัดผลได้ชัดเจนกว่า แต่ในระยะยาว การแก้ไขปัญหาปัจจัยเชิงโครงสร้างโดยเฉพาะอัตรากำลังพยาบาลและสมรรถนะเฉพาะทางยังคงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อรักษาคุณภาพการพยาบาลใน ICU ให้มีความยั่งยืน เนื่องจาก Lake[28] และ Danielis[9] ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการพยาบาลสามารถชดเชยข้อจำกัดเชิงโครงสร้างได้เพียงในระดับหนึ่งเท่านั้น และมีความเปราะบางสูงหากปัญหาโครงสร้างพื้นฐานไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต จากผลการวิจัยที่พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวมีอำนาจพยากรณ์สูงที่สุด หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตควรกำหนดให้การพัฒนาด้านนี้เป็นลำดับแรก โดยวางแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยแบบยืดหยุ่น (Flexible Visiting Policy) จัดประชุมครอบครัวรายกรณีอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งสำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวเกิน 72 ชั่วโมง และกำหนดบทบาทพยาบาลผู้ประสานงานครอบครัว (Family Liaison Nurse) ในแต่ละเวร สำหรับด้านกระบวนการพยาบาล ควรจัดประเมินสมรรถนะการใช้กระบวนการพยาบาลครบทั้ง 5 ขั้นตอนอย่างน้อยปีละสองครั้ง เน้นพัฒนาทักษะการวินิจฉัยทางการพยาบาลและการบันทึกผลลัพธ์ที่วัดได้ ควบคู่กับการส่งเสริมวัฒนธรรม Evidence-Based Practice ผ่านการจัด Journal Club ประจำเดือน ด้าน

การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ควรกำหนดให้การตรวจสอบ IC Bundle ครอบคลุม VAP Bundle, CLABSI Bundle และ CAUTI Bundle เป็นกิจกรรมสม่ำเสมอ และด้านการสื่อสาร ควรกำหนดให้การส่งเวรตามหลัก SBAR เป็นมาตรฐานทุกเวร พร้อมฝึกซ้อมการสื่อสารฉุกเฉินผ่านการจำลองสถานการณ์อย่างน้อยไตรมาสละครั้ง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับองค์กร ควรจัดสรรงบประมาณปรับปรุงระบบควบคุมเสียงรบกวนและการระบายอากาศในหอผู้ป่วยวิกฤต และกำหนดให้มีการประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อยปีละครั้ง ด้านอัตรากำลัง ควรเร่งปรับอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยวิกฤตให้เป็นไปตามมาตรฐาน 1:1 สำหรับผู้ป่วยระดับ 4–5 และควบคุมชั่วโมงการทำงานไม่ให้เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เนื่องจากพยาบาลร้อยละ 49.1 ทำงาน 53–72 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการพัฒนาสมรรถนะ ควรกำหนดเป้าหมายให้พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ภายใน 3 ปี โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีประสบการณ์เกิน 2 ปีแต่ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการเป็นกลุ่มแรก

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับเขต ควรกำหนดให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการสุขภาพระดับเขตที่ต้องรายงานและติดตามประเมินผลเป็นประจำ โดยใช้กรอบตัวแปรทั้ง 5 ด้านที่การวิจัยนี้พิสูจน์ว่ามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์เป็นเกณฑ์อ้างอิง และสนับสนุนกลไกการแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice Sharing) ระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิทุกแห่งภายในเขต เพื่อยกระดับมาตรฐานการพยาบาลวิกฤตอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

4. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดสำคัญ 2 ประการ ประการแรก การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลอาศัยการรายงานจากพยาบาลผู้ดูแลเป็นหลัก อาจเกิดความเอนเอียงจากการประเมินตนเอง (Self-Report Bias) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ของพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงนั้นมีความเที่ยงตรง และเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับในการวัดผลลัพธ์ที่ไวต่อการพยาบาล[1] ประการที่สอง การออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างเด็ดขาด การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรใช้การออกแบบแบบสามเส้า (Triangulation Design) ที่บูรณาการข้อมูลจากการประเมินของพยาบาล การรายงานตนเองของผู้ป่วย และข้อมูลเชิงคลินิกจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ร่วมกับการออกแบบแบบตามยาว (Longitudinal Design) เพื่อให้ได้หลักฐานที่สมบูรณ์และน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความเมตตากรุณาจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาตราจารย์ ดร.วรรณชนก จันทชุม ผู้คอยชี้แนะให้คำปรึกษาเมตตาตรวจสอบแก้ไขอย่างใส่ใจด้วยความอบอุ่นตลอดระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยประทับใจในความเมตตากรุณาของท่านอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ รองศาตราจารย์ ดร.สมปรารถนา ดาผา และผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าและเมตตาให้คำแนะนำเชิงวิชาการอันมีค่ายิ่งเพื่อให้งานวิจัยนี้ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ถ่ายทอดวิชาความรู้ ผ่านหนังสือ ตำรา การพร่ำสอน ตลอดจนเวปไซด์ต่างๆที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการสืบค้นฐานข้อมูลวิชาการ ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารและผู้ประสานงานวิจัยโรงพยาบาลมหาสารคามในการอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร ผู้ประสานงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ

เก็บข้อมูลวิจัยโรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และโรงพยาบาลหนองคาย จนทำให้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้บังคับบัญชา ครอบครัว คู่ชีวิต และลูกสาวทั้งสองคน รวมถึงกัลยาณมิตรทั้งหลาย โดยเฉพาะเพื่อนๆร่วมรุ่น พี่ๆ น้องๆที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลหนองคาย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งทุกการสนับสนุนช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Doran DM, editor. Nursing outcomes: The state of the science. 2nd ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning;2011.https://books.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=k5ZcsTvJxhIC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Nursing+outcomes+The+state+of+the+science+&ots=H60ghx2Eaf&sig=Rk1wMubOKdrYy_fDrB7PbW83dZc&redir_esc=y
2. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Maturitas. 2020;139:6–11. doi:10.1016/j.maturitas.2020.05.018
3. Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K, Birriel B, Downar J, Farrier CE, Fiest KM, Gerritsen RT, Hart J, Hartog CS, Heras-La Calle G, Hope AA, Jennerich AL, Kentish-Barnes N, Kleinpell R, Kross EK, Marshall AP, Nydahl P, Peters T, et al. Society of Critical Care Medicine guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024. Crit Care Med. 2025;53(2):e465–82. doi:10.1097/CCM.0000000000006549
4. . Chatmongkolchart S, Chittawatanarat K, Akaraborworn O, Kitsiripant C. Cost of critically ill surgical patients in Thailand: A prospective analysis of a multicenter THAI-SICU study. J Med Assoc Thai. 2016;99(Suppl 6):S29–36.
5. Ren H, Li P, Xue Y, Xin W, Yin X, Li H. Global prevalence of nurse turnover rates: A meta-analysis of 21 studies from 14 countries. J Nurs Manag. 2024;2024:5063998. doi:10.1155/2024/5063998
6. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743–8. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
7. Oner B, Zengul FD, Oner N, Ivankova NV, Karadag A, Patrician PA. Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017). Nurs Open. 2021;8(3):1005–22. doi:10.1002/nop2.654
8. Li X, Liu C, Mao Z, Li M, Zhou F. Association between hospital and ICU structural factors and patient outcomes in China: A secondary analysis of the National Clinical Improvement System Data in 2019. Crit Care. 2022;26:43. doi:10.1186/s13054-022-03892-7
9. Danielis M, Destrebecq ALL, Terzoni S, Palese A. Nursing care factors influencing patients' outcomes in the intensive care unit: Findings from a rapid review. Int J Nurs Pract. 2022;28(2):e12962. doi:10.1111/ijn.12962
10. Martinez-Gutierrez JC, Kim Y, Salazar-Marioni S, et al. Automated large vessel occlusion detection software and thrombectomy treatment times: a cluster randomized clinical trial. JAMA Neurol. 2023;80(11):1182–90. doi:10.1001/jamaneurol.2023.3206
11. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984.
12. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. https://doi.org/10.4324/9780203771587
13. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 7th ed. Boston (MA): Pearson; 2019.
14. จีรวรรณ์ ศิริมนตรี และวรรณชนก จันทชุม. ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทาง

คลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.

15. Vagias WM. Likert-type scale response anchors. Clemson (SC): Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management, Clemson University; 2006.
16. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986;35(6):382–6. doi:10.1097/00006199-198611000-00017
17. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences. 5th ed. Boston (MA): Houghton Mifflin; 2003.
18. Osborne JW, Waters E. Four assumptions of multiple regression that researchers should always test. Pract Assess Res Eval. 2002;8(1):2. doi:10.7275/r222-hv23
19. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, Smith GB, Ball J, on behalf of the Missed Care Study Group. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. J Adv Nurs. 2018;74(7):1474–87. doi:10.1111/jan.13564
20. Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. Int J Nurs Stud. 2022;137:104311. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104311
21. รภัทภร เพชรสุข และ อารี ชีวเกษมสุข. การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อในยุควิถีปกติใหม่: สิ่งที่ท้าทายทีมสุขภาพ. วารสารการพยาบาลและนวัตกรรมสุขภาพ. 2567;1(1):e3728_1–13.
22. Shajahan A, Culp CH, Williamson B. Effects of indoor environmental parameters related to building heating, ventilation, and air conditioning systems on patients' medical outcomes: A review of scientific research on hospital buildings. Indoor Air. 2019;29(2):161–76. doi:10.1111/ina.12531
23. Aiken LH, Sermeus W, Lasater KB, Busse R, McKee M, Smith H, Drennan J, Maier CB, Ball J, Dello S, Kohnen D, Lindqvist R, Lerdal A, Griffiths P, Schaufeli WB, De Witte H, Eriksson LE, Rafferty AM, Köppen J, et al. Magnet4Europe intervention to improve clinician and patient well-being: A quasi-experimental study of 56 hospitals in 6 European countries. Med Care. 2026;64(2):50–8. doi:10.1097/MLR.0000000000002257
24. Dijkstra BM, Felten-Barentsz KM, van der Valk MJM, Pelgrim T, van der Hoeven HG, Schoonhoven L, Ebben RHA, Vloet LCM. Family participation in essential care activities: Needs, perceptions, preferences, and capacities of intensive care unit patients, relatives, and healthcare providers—An integrative review. Aust Crit Care. 2023;36(3):401–19. doi:10.1016/j.aucc.2022.02.003
25. Machon M, Knighten ML, Sohal J. Improving clinical communication and collaboration through technology: A benefits analysis for nurse leaders. Nurse Lead. 2020;18(5):481–6. doi:10.1016/j.mnl.2020.06.003
26. Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR, Lee G, Maragakis LL, Powell K, Priebe GP, Speck K, Yokoe D, Berenholtz SM. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2022;43(6):687–713. doi:10.1017/ice.2022.88
27. Azmi N, Priambodo AP, Nuraeni A. Analysis of handoff communication using SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) in emergency department and intensive care unit: A scoping review. J Health Nutr Res. 2025;4(2):464–73. doi:10.56303/jhnresearch.v4i2.400
28. Lake ET, Riman KA, Lee CS. The association between hospital nursing resource profiles and nurse and patient outcomes. J Nurs Manag. 2022;30(3):706–14. doi:10.1111/jonm.13553

การประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาโดยใช้ค่าความน่าจะเป็นจากข้อมูล Autosomal STR 23 ตำแหน่งในประชากรไทย

Likelihood Ratio-Based Evaluation of Full-Sibling Relationships Using 23 Autosomal STR Loci in a Thai Population.

(Received: April 24,2026 ; Revised: April 27,2026 ; Accepted: April 29,2026)

อนุรักษ์ คำประพันธ์[1] **ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง**[2]
Anurak Khamprapun[1] **Sirirat Choosakoonkriang**[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของค่าความน่าจะเป็น (likelihood ratio; LR) ในการจำแนกความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา โดยใช้ข้อมูล Short Tandem Repeat (STR) จำนวน 23 ตำแหน่งในประชากรไทย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูล allelic profile จากฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการนิติพันธุศาสตร์ จำนวน 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มพี่น้องร่วมบิดามารดา 15 คู่ และกลุ่มบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน 15 คู่ ทำการคำนวณค่า Combined Likelihood Ratio (CLR) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Mann–Whitney U test รวมถึงการแปลงข้อมูลในรูป $\log_{10}$(CLR) และการวิเคราะห์เส้นโค้งตัวรับดำเนินงาน (Receiver Operating Characteristic; ROC) เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการจำแนก

ผลการศึกษาพบว่า ค่า CLR ของกลุ่มพี่น้องร่วมบิดามารดามีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยค่ามัธยฐานของกลุ่ม full-siblings เท่ากับ 8.24×10^{6} ขณะที่กลุ่ม unrelated เท่ากับ 9.39×10^{-6} และไม่พบการซ้อนทับของข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม การกระจายของค่า $\log_{10}$(CLR) แสดงให้เห็นการแยกกลุ่มอย่างชัดเจน และการวิเคราะห์ ROC ให้ค่าพื้นที่ใต้โค้ง (area under the curve; AUC) เท่ากับ 1.000 ซึ่งบ่งชี้ถึงความสามารถในการจำแนกในระดับดีเยี่ยม

คำสำคัญ: ค่าความน่าจะเป็น; STR; พี่น้องร่วมบิดามารดา; นิติพันธุศาสตร์; ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of likelihood ratios (LR) in discriminating full-sibling relationships using 23 autosomal Short Tandem Repeat (STR) loci in a Thai population. A survey research by retrospective study was conducted using allelic profile data obtained from a forensic DNA database. A total of 30 pairs were analyzed, comprising 15 full-sibling pairs and 15 unrelated pairs. The Combined Likelihood Ratio (CLR) was calculated for each pair, and statistical analyses were performed using descriptive statistics and the Mann–Whitney U test. Additionally, $\log_{10}$-transformed CLR values and Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis were used to evaluate discriminatory performance.

The results showed that CLR values in the full-sibling group were substantially higher than those in the unrelated group, with a statistically significant difference ($p < 0.001$). The median CLR for full-siblings was 8.24×10^{6}, whereas that for unrelated individuals was 9.39×10^{-6}, with no overlap observed between the two groups. The $\log_{10}$(CLR) distribution demonstrated clear separation, and ROC analysis yielded an area under the curve (AUC) of 1.000, indicating excellent discriminatory power.

Keywords: likelihood ratio; STR; full-siblings; forensic genetics; kinship analysis

[1] นักศึกษาปริญญาเอกสาขานิติวิทยาศาสตร์และงานยุติธรรม คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
[2] อาจารย์ประจำภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

บทนำ

การพิสูจน์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องร่วมบิดามารดา มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในบริบทของกระบวนการยุติธรรมและงานนิติวิทยาศาสตร์ ไม่ว่าจะเป็นกรณีการตรวจสอบสิทธิทางกฎหมาย การแบ่งทรัพย์สิน การอพยพย้ายถิ่นฐาน ตลอดจนการระบุตัวบุคคลสูญหายและศพนิรนาม ซึ่งล้วนต้องอาศัยหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ที่มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือสูง[1] ในบริบทดังกล่าว เทคโนโลยีการวิเคราะห์ลายพิมพ์ดีเอ็นเอได้รับการพัฒนาและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากสามารถระบุเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลและความสัมพันธ์ทางสายโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2]

การตรวจลายพิมพ์ดีเอ็นเอเป็นกระบวนการวิเคราะห์สารพันธุกรรมจากเซลล์ โดยอาศัยความแตกต่างของลำดับเบสในจีโนมของแต่ละบุคคล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวสูง ทำให้สามารถนำมาใช้ในการพิสูจน์อัตลักษณ์และความสัมพันธ์ทางชีวภาพได้อย่างแม่นยำ[1] เทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์มีหลากหลายรูปแบบ เช่น Restriction Fragment Length Polymorphism (RFLP), minisatellite และ microsatellite ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของเทคโนโลยีด้านพันธุศาสตร์ในงานนิติวิทยาศาสตร์[3]
ในปัจจุบัน การประยุกต์ใช้เครื่องหมายพันธุกรรม (DNA markers) มีความสำคัญอย่างมากต่อการวิเคราะห์ความหลากหลายทางพันธุกรรม โดย DNA marker เป็นตำแหน่งจำเพาะบนโครโมโซมที่สามารถตรวจสอบความแตกต่างของแอลลีลในประชากรได้[4] สำหรับงานนิติพันธุศาสตร์ เครื่องหมายพันธุกรรมที่เหมาะสมควรมีคุณสมบัติสำคัญ ได้แก่ ความแปรผันสูง (high polymorphism) และความสามารถในการให้ผลซ้ำได้อย่างสม่ำเสมอ (reproducibility)[5] โดยเฉพาะ Short Tandem Repeat (STR) ซึ่งเป็นลำดับดีเอ็นเอที่มีการซ้ำของเบสระยะสั้น ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะสูง สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ได้ทั้งในโครโมโซมร่างกายและโครโมโซมเพศ[1]

อย่างไรก็ตาม การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีข้อมูลของบิดามารดา จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือทางสถิติที่มีความน่าเชื่อถือ หนึ่งในค่าที่สำคัญคือ ค่าอัตราส่วนความน่าจะเป็น (likelihood ratio; LR) ซึ่งใช้ในการเปรียบเทียบความน่าจะเป็นของข้อมูลภายใต้สมมติฐานที่แตกต่างกัน กล่าวคือ สมมติฐานที่บุคคลทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน กับสมมติฐานที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน[6] ค่า LR ที่มีค่าสูงแสดงถึงน้ำหนักของหลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐานความสัมพันธ์ และถูกใช้เป็นเกณฑ์สำคัญในการตีความผลทางนิติวิทยาศาสตร์[7]

เพื่อลดความซับซ้อนในการคำนวณและเพิ่มความถูกต้องของผลลัพธ์ ได้มีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติหลายโปรแกรม เช่น Familias และ DNA-View ซึ่งช่วยให้สามารถคำนวณค่า LR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kling et al., 2014)[8] นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแนวทางที่ใช้ฐานข้อมูลความถี่แอลลีลเฉพาะประชากร ซึ่งมีความสำคัญต่อความแม่นยำของการวิเคราะห์ เนื่องจากความแตกต่างทางพันธุกรรมระหว่างประชากรอาจส่งผลต่อค่าความน่าจะเป็นที่คำนวณได้[9]
แม้ว่าการใช้ค่า likelihood ratio จะเป็นแนวทางมาตรฐานในงานนิติพันธุศาสตร์ แต่การตีความผลยังคงต้องอาศัยความเข้าใจเชิงทฤษฎีและบริบทของข้อมูลอย่างรอบด้าน ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการประเมินและเปรียบเทียบค่า LR ในการจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกรณี full-siblings กับกลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์ในงานนิติวิทยาศาสตร์

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิภาพของค่าความน่าจะเป็น (likelihood ratio; LR) ในการจำแนกความสัมพันธ์ทางเครือญาติแบบพี่น้องร่วมบิดามารดา (full-siblings) โดยใช้ข้อมูลลายพิมพ์ดีเอ็นเอ

ชนิด Short Tandem Repeat (STR) จำนวน 23 ตำแหน่งในประชากรไทย

สมมติฐาน

ค่าความน่าจะเป็น (LR) หรือค่า CLR สามารถจำแนกความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มพี่น้องร่วมบิดามารดา (full-siblings) และกลุ่มบุคคล มีความสัมพันธ์กัน

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytical study) โดยรวบรวมข้อมูลสารพันธุกรรมดีเอ็นเอจากฐานข้อมูลระบบ Abetter LIMS ของห้องปฏิบัติการกลุ่มงานตรวจเลือดชีวเคมีและเขม่าดินปืน สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ ในช่วงปี พ.ศ. 2563–2567

ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษาประกอบด้วย allelic profile ของตำแหน่งพันธุกรรมชนิด autosomal Short Tandem Repeat (STR) จำนวน 23 ตำแหน่ง ซึ่งได้จากการตรวจวิเคราะห์ลายพิมพ์ดีเอ็นเอโดยใช้ชุดน้ำยาสำเร็จรูป VeriFiler™ Plus PCR Amplification Kit (Thermo Fisher Scientific, USA) ตามมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน (full-siblings; related group) จำนวน 15 คู่

2. กลุ่มบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (unrelated group) จำนวน 15 คู่

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นประชากรไทย โดยพิจารณาจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (บัตรประจำตัวประชาชน) ของผู้มารับบริการในสถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ ทั้งนี้ การคัดเลือกตัวอย่างเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ทางพันธุกรรม

การตรวจวิเคราะห์ลายพิมพ์ดีเอ็นเอดำเนินการตามกระบวนการมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิค Polymerase Chain Reaction (PCR) ในการเพิ่มปริมาณดีเอ็นเอที่ตำแหน่ง STR จำนวน 23 loci จากนั้นทำการแยกและตรวจวิเคราะห์ขนาดชิ้นดีเอ็นเอด้วยเครื่อง capillary electrophoresis และแปลผลเป็น allelic profile ของแต่ละบุคคล ข้อมูล allelic profile ที่ได้ถูกนำไปใช้ในการคำนวณความสัมพันธ์ทางเครือญาติโดยอาศัยหลักการทางพันธุศาสตร์ประชากรและความถี่แอลลีลที่สอดคล้องกับประชากรไทย

การคำนวณและวิเคราะห์ทางสถิติ

การประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติแบบพี่น้องร่วมบิดามารดา (full-siblings) ดำเนินการโดยใช้ค่าอัตราส่วนความน่าจะเป็น (likelihood ratio; LR) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบความน่าจะเป็นของข้อมูลภายใต้สองสมมติฐาน ได้แก่ สมมติฐานที่บุคคลทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน และสมมติฐานที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน การคำนวณค่า LR และค่า Combined Likelihood Ratio (CLR) ดำเนินการโดยใช้โปรแกรม Abetter LIMS (Qualitype, Germany) ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์ที่ใช้ในงานนิติพันธุศาสตร์สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ สำหรับการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้คำนวณค่าทางสถิติของ CLR ในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD), ค่ามัธยฐาน (median), ค่าต่ำสุด (minimum) และค่าสูงสุด (maximum) เพื่ออธิบายลักษณะการกระจายของข้อมูล นอกจากนี้ ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่า CLR ระหว่างกลุ่ม full-siblings และกลุ่ม unrelated เพื่อประเมินศักยภาพของค่า LR ในการจำแนกความสัมพันธ์ทางเครือญาติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของห้องปฏิบัติการ โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ และดำเนินการตามหลัก

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้ ข้อมูลที่นำมาใช้ได้รับการปกปิดตัวตน ก่อนการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลลายพิมพ์ดีเอ็นเอจากตำแหน่ง autosomal STR จำนวน 23 loci ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คู่ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มพี่น้องร่วมบิดามารดา (full-siblings) จำนวน 15 คู่ และกลุ่มบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (unrelated) จำนวน 15 คู่ ถูกนำมาคำนวณค่า Combined Likelihood Ratio (CLR) เพื่อใช้ในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนาแสดงให้เห็นว่า ค่า CLR ของกลุ่ม full-siblings มีค่าสูงกว่ากลุ่ม unrelated อย่างชัดเจนในทุกตัวชี้วัดทางสถิติ โดยรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

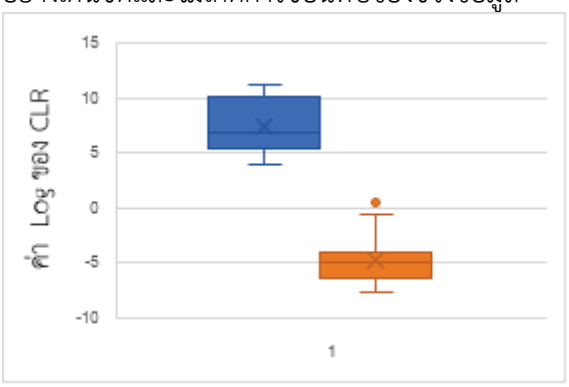
ตารางที่ 1 ค่าทางสถิติของ CLR ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบ Full-siblings (related) และกลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (unrelated)

ข้อมูลทางสถิติ	กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบ Full-siblings (related)	กลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (unrelated)
1) ค่าเฉลี่ย CLR (Mean)	$1.42 * 10^{10}$	0.18
2) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD (Standard deviation)	$4.02 * 10^{10}$	0.63
3) ค่ามัธยฐาน (Median)	$8.24 * 10^{6}$	$9.39 * 10^{-6}$
4) ค่า CLR ต่ำสุด (Minimum)	$7.96 * 10^{3}$	$1.83 * 10^{-8}$
5) ค่า CLR สูงสุด (Maximum)	$1.57* 10^{11}$	2.46
6) N (จำนวนคู่)	15	15

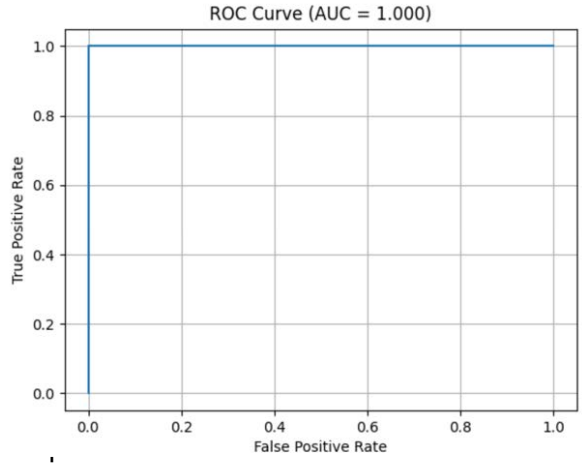
จากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ย CLR ของกลุ่ม full-siblings ได้เท่ากับ $1.42 * 10^{10}$ โดยสูงกว่ากลุ่ม unrelated ที่ได้ค่าเท่ากับ 0.18 อย่างมาก ซึ่งสะท้อนถึงน้ำหนักของหลักฐานที่สนับสนุนความสัมพันธ์ทางสายโลหิตอย่างชัดเจน ค่ามัธยฐานของกลุ่ม full-siblings เท่ากับ 8.24×10^{6} ในขณะที่กลุ่ม unrelated เท่ากับ 9.39×10^{-6} ซึ่งแตกต่างกันหลายลำดับขั้น (orders of magnitude) แสดงถึงความแตกต่างของรูปแบบการกระจายข้อมูลอย่างเด่นชัด สำหรับช่วงของค่า CLR ในกลุ่ม full-siblings อยู่ระหว่าง 7.96×10^{3} ถึง 1.57×10^{11} ขณะที่กลุ่ม unrelated มีค่าระหว่าง 1.83×10^{-8} ถึง 2.46 โดยไม่พบการซ้อนทับของช่วงข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพในการจำแนกที่ชัดเจน นอกจากนี้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่ม full-siblings ได้เท่ากับ $1.42 * 10^{10}$ ซึ่งสูงกว่ากลุ่ม unrelated ที่ได้เท่ากับ 0.63 ซึ่งบ่งชี้ถึงการกระจายแบบเบ้ (skewed distribution) ของค่า likelihood ratio ตามลักษณะทั่วไปของข้อมูลทางนิติพันธุศาสตร์สำหรับผลการทดสอบด้วย Mann–Whitney U test พบว่า ค่า CLR ระหว่างกลุ่ม full-siblings และกลุ่ม unrelated มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาข้อมูลในรูป $\log_{10}$(CLR) พบว่าค่าของทั้งสองกลุ่มสามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจนโดยไม่มีการซ้อนทับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนาที่แสดงให้เห็นความแตกต่างของค่า CLR ระหว่างกลุ่มพี่น้องร่วมบิดามารดา (full-siblings) และกลุ่มบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (unrelated) อย่างมีนัยสำคัญ

เพื่อให้เห็นภาพการกระจายของข้อมูลและความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จึงได้นำเสนอข้อมูลในรูปแผนภาพกล่อง (boxplot) ของค่า $\log_{10}$(CLR) ซึ่งแสดงให้เห็นตำแหน่งค่ามัธยฐาน ช่วง interquartile range (IQR) และการกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่มอย่างชัดเจน โดยผลจาก boxplot

สนับสนุนว่าค่าของทั้งสองกลุ่มมีการแยกออกจากกันอย่างเด่นชัดและไม่เกิดการซ้อนทับของช่วงข้อมูล



รูปที่ 1 แผนภาพกล่อง (boxplot) ของค่า $\log_{10}$(CLR) ที่แสดงการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบ Full-siblings (related) และกลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (unrelated)



รูปที่ 2 Receiver Operating Characteristic (ROC) curve แสดงให้เห็นว่าค่า $\log_{10}$(CLR) มีประสิทธิภาพสูงในการจำแนกความสัมพันธ์ โดยมีค่า Area Under the Curve (AUC) เท่ากับ 1.000

แผนภาพกล่อง (boxplot) ของค่า $\log_{10}$(CLR) แสดงให้เห็นความแตกต่างของการกระจายข้อมูลระหว่างกลุ่มพี่น้องร่วมบิดามารดา (full-siblings) และกลุ่มบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (unrelated) อย่างชัดเจน โดยกลุ่ม full-siblings มีค่าข้อมูลอยู่ในช่วงค่าบวกทั้งหมด ค่ามัธยฐาน (median) อยู่ประมาณช่วง 6–7 และมีช่วงการกระจาย (interquartile range; IQR) ค่อนข้างกว้าง ซึ่งสะท้อนถึงระดับความน่าจะเป็นที่สนับสนุนความสัมพันธ์ทางสายโลหิตในระดับสูง ในทางตรงกันข้าม กลุ่ม unrelated มีค่าข้อมูลอยู่ในช่วงค่าติดลบ โดยมีค่ามัธยฐานประมาณ −5 และช่วง IQR อยู่ในระดับค่าต่ำอย่างชัดเจน แสดงถึงความน่าจะเป็นที่ต่ำมากในการเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดา เมื่อพิจารณาโครงสร้างของแผนภาพ พบว่าไม่เกิดการซ้อนทับของช่วง IQR ระหว่างสองกลุ่ม และช่วง whiskers ของแต่ละกลุ่มแยกออกจากกันอย่างชัดเจน ซึ่งบ่งชี้ถึงศักยภาพของค่า $\log_{10}$(CLR) ในการจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พบค่าผิดปกติ (outlier) เพียงเล็กน้อยในกลุ่ม unrelated ซึ่งมีค่าใกล้ศูนย์ อาจเกิดจากความบังเอิญของการมีแอลลีลร่วมกัน (allele sharing by chance) อย่างไรก็ตาม ค่าดังกล่าวไม่ส่งผลกระทบต่อภาพรวมของข้อมูล และไม่ลดทอนความสามารถในการจำแนกของตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ Receiver Operating Characteristic (ROC) curve แสดงให้เห็นว่าค่า $\log_{10}$(CLR) มีประสิทธิภาพสูงในการจำแนกความสัมพันธ์ โดยมีค่า Area Under the Curve (AUC) เท่ากับ 1.000 ซึ่งบ่งชี้ถึงความสามารถในการจำแนกในระดับสมบูรณ์แบบ (perfect discrimination) นอกจากนี้ แผนภาพ boxplot และการกระจายของข้อมูลยังยืนยันว่าไม่มีการซ้อนทับของค่า $\log_{10}$(CLR) ระหว่างสองกลุ่ม ซึ่งสนับสนุนศักยภาพของค่า CLR ในการใช้เป็นตัวชี้วัดทางนิติพันธุศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ค่า Combined Likelihood Ratio (CLR) จากการวิเคราะห์ลายพิมพ์ดีเอ็นเอชนิด autosomal STR จำนวน 23 ตำแหน่ง มีประสิทธิภาพสูงในการประเมินความสัมพันธ์ทางเครือญาติแบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในประชากรไทย โดยพบว่าค่า CLR ของกลุ่ม full-siblings สูงกว่ากลุ่ม unrelated อย่างชัดเจนในทุกตัวชี้วัดทางสถิติ และสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญ การวิเคราะห์ในรูป $\log_{10}$(CLR) แสดงให้เห็นการแยกกลุ่มของข้อมูลอย่างชัดเจนโดยไม่มีการซ้อนทับ ขณะที่การวิเคราะห์ ROC curve ให้

ค่า AUC เท่ากับ 1.000 ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการจำแนกในระดับสูงมาก ผลการศึกษานี้ยืนยันถึงศักยภาพของการใช้ likelihood ratio เป็นเครื่องมือสำคัญในงานนิติพันธุศาสตร์ โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถใช้ตัวอย่างดีเอ็นเอของบิดามารดาได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้มีขนาดตัวอย่างจำกัด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและหลากหลายมากขึ้น เพื่อยืนยันความแม่นยำและความสามารถในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่กว้างขึ้นในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ค่า Combined Likelihood Ratio (CLR) ซึ่งคำนวณจากข้อมูล autosomal STR จำนวน 23 ตำแหน่ง มีศักยภาพสูงในการจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดา (full-siblings) และบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยพบความแตกต่างของค่าทางสถิติอย่างเด่นชัดในทุกตัวชี้วัด ทั้งค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และช่วงของข้อมูล ซึ่งสะท้อนถึงอำนาจจำแนก (discriminatory power) ของ likelihood ratio (LR) ในบริบทของนิติพันธุศาสตร์ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของ LR ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบความน่าจะเป็นของข้อมูลภายใต้สมมติฐานที่แข่งขันกัน (competing hypotheses) โดยในกรณีของ full-siblings จะมีความน่าจะเป็นในการแบ่งปันแอลลีลร่วมกัน (allele sharing) สูงกว่าบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ค่า LR มีแนวโน้มสูงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่ม unrelated มีโอกาสของการตรงกันของแอลลีลโดยบังเอิญต่ำ ส่งผลให้ค่า CLR อยู่ในระดับต่ำ[6] แนวโน้มนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานของ Weir และคณะ ซึ่งระบุว่าค่าที่แตกต่างกันในระดับหลายลำดับขั้น (orders of magnitude) สามารถสะท้อนน้ำหนักของหลักฐานเชิงนิติวิทยาศาสตร์ได้อย่างมีนัยสำคัญ[10] เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในระดับสากล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ Butler[1] ที่ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มจำนวน STR loci สามารถเพิ่มอำนาจในการจำแนกความสัมพันธ์ทางเครือญาติได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ไม่มีข้อมูลของบิดามารดา นอกจากนี้ งานของ Kling et al.[8] ซึ่งพัฒนาโปรแกรม Familias ยังยืนยันว่าการใช้ LR-based framework เป็นมาตรฐานสำคัญในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติในงานนิติพันธุศาสตร์สมัยใหม่ที่สำคัญ การแปลงข้อมูลในรูป $\log_{10}$(CLR) ในการศึกษานี้ช่วยให้เห็นรูปแบบการกระจายของข้อมูลได้อย่างชัดเจน โดยพบว่าค่าของทั้งสองกลุ่มสามารถแยกออกจากกันได้โดยไม่มีการซ้อนทับ ซึ่งสะท้อนลักษณะการกระจายแบบเบ้ (skewed distribution) ของ LR ที่ได้รับการรายงานอย่างแพร่หลายในวรรณกรรม[7] การใช้ log transformation จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มความสามารถในการตีความและการนำเสนอข้อมูลในงานวิจัยเชิงนิติพันธุศาสตร์

ผลการวิเคราะห์ Receiver Operating Characteristic (ROC) ในการศึกษานี้ให้ค่า Area Under the Curve (AUC) เท่ากับ 1.000 ซึ่งบ่งชี้ถึงความสามารถในการจำแนกในระดับสมบูรณ์แบบ (perfect discrimination) ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ Ayres[11] และ Kling et al.[8] ที่รายงานว่าการใช้ STR หลายตำแหน่งร่วมกับการคำนวณ LR สามารถให้ความแม่นยำสูงมากในการจำแนกความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม ค่า AUC ที่สมบูรณ์แบบควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากอาจได้รับอิทธิพลจากขนาดตัวอย่างที่จำกัดและโครงสร้างของข้อมูล (overfitting effect) ซึ่งเป็นข้อสังเกตที่ได้รับการกล่าวถึงในงานด้าน forensic statistics[9]

ในบริบทของประชากรไทย การใช้ฐานข้อมูลความถี่แอลลีล (allele frequency database) ที่สอดคล้องกับประชากรเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากความแตกต่างทางพันธุกรรมระหว่างประชากรสามารถส่งผลต่อค่าความน่าจะเป็นและการตีความค่า LR ได้อย่างมีนัยสำคัญ[2] การใช้ฐานข้อมูลเฉพาะประชากรจึงช่วยลดอคติ (population substructure bias) และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ในงานนิติวิทยาศาสตร์

แม้ว่าผลการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ CLR อย่างชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย (n = 30 คู่) ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสถียรของการประมาณค่า และการใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียว ซึ่งอาจไม่สะท้อนความหลากหลายทางพันธุกรรมของประชากรไทยทั้งหมด นอกจากนี้ การศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะความสัมพันธ์แบบ full-siblings จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในความสัมพันธ์ระดับอื่น เช่น half-siblings หรือ second-degree relatives ซึ่งมีความซับซ้อนในการจำแนกมากขึ้น[8]

ในอนาคต การเพิ่มขนาดตัวอย่างและการใช้ข้อมูลจากหลายภูมิภาค รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวทางเชิงสถิติขั้นสูง เช่น Bayesian frameworks หรือ probabilistic genotyping models จะช่วยเพิ่มความแม่นยำและความยืดหยุ่นในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางเครือญาติในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น[7]

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ยืนยันว่า ค่า CLR จากข้อมูล autosomal STR จำนวน 23 ตำแหน่ง มีอำนาจจำแนกสูงและสามารถใช้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในงานนิติพันธุศาสตร์สำหรับการประเมินความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดา โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีข้อมูลของบิดามารดา และมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในกระบวนการยุติธรรมได้อย่างน่าเชื่อถือ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานและเพื่อนร่วมงานในห้องปฏิบัติการกลุ่มงานตรวจเลือดชีวเคมี และเขม่าดินปืน สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ ที่มีส่วนช่วยให้บทความครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาต่อระดับปริญญาเอกสาขานิติวิทยาศาสตร์และงานยุติธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Butler JM.(2015). Advanced Topics in Forensic DNA Typing: Interpretation. San Diego: Academic Press; 2015.
2. Jobling MA, Gill P.(2004). Encoded evidence: DNA in forensic analysis. Nat Rev Genet. 2004;5(10):739–751.
3. Jeffreys AJ, Wilson V, Thein SL.(1985). Individual-specific “fingerprints” of human DNA. Nature. 1985;316:76–79.
4. Evett IW, Weir BS.(1998). Interpreting DNA Evidence: Statistical Genetics for Forensic Scientists. Sunderland (MA): Sinauer Associates; 1998.
5. Butler JM.(2010). Fundamentals of Forensic DNA Typing. San Diego: Academic Press; 2010.
6. Evett IW, Weir BS.(1998). Interpreting DNA evidence: statistical genetics for forensic scientists; 1998.
7. Gill P, Brenner C, Buckleton J, Carracedo A, Krawczak M, Mayr W, et al.(2006). DNA Commission of the ISFG: Recommendations on the interpretation of mixtures. Forensic Sci Int. 2006;160(2–3):90–101.
8. Kling D, Tillmar AO, Egeland T.(2014). Familias 3 – extensions and new functionality. Forensic Sci Int Genet. 2014;13:121–127.
9. Buckleton J, Triggs CM, Walsh SJ.(2016). Forensic DNA Evidence Interpretation. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press; 2016.
10. Weir BS, Anderson AD, Hepler AB.(2006). Genetic relatedness analysis: modern data and new challenges. Nat Rev Genet. 2006;7(10):771–780.
11. Ayres KL.(2000). Relatedness testing in subdivided populations. Forensic Sci Int. 2000;114(2):107–115.
12. Curran JM, Buckleton JS, Triggs CM.(2002). Assessing uncertainty in DNA evidence caused by sampling effects. Sci Justice. 2002;42(1):29–37.
13. Gill P, Gusmão L, Haned H, Mayr WR, Morling N, Parson W, et al.(2012). DNA Commission of the ISFG: Recommendations on the evaluation of STR typing results using probabilistic methods. Forensic Sci Int Genet. 2012;6(6):679–688.

14. Kong A, Thorleifsson G, Gudbjartsson DF, Masson G, Sigurdsson A, Jonasdottir A, et al.(2008). Detection of sharing by descent, long-range phasing and haplotype imputation. Nat Genet. 2008;40(9):1068–1075.
15. Sukontason K, et al.(2013). Development of allele frequency database for forensic DNA analysis in Thai population. J Med Assoc Thai. 2013;96(5):589–596.

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและผลกระทบของมอร์ฟีนต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
Health-related quality of life and impact of morphine on cancer patients receiving palliative care.

(Received: April 26,2026 ; Revised: April 29,2026 ; Accepted: May 5,2026)

ธนเมศวร์ แท่นคำ[1] ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์[2] บัณฑิต ชุมวรฐายี[2] ภูชิต ดาบภูเขียว[3] พนิดา พิทยกิตติวงศ์[4]
ธนพล ศรีวงษ์[5] สาธิตา ภัทรบุณย์พงศ์[6] กัญญาภัค ศิลารักษ์[7] วิจิตรา เสนา[8] ขจรศักดิ์ สีวาที[9] กัลยา ปังประเสริฐ[10]
Thanamet Thaenkham[1] Pattapong Kessomboon[2] Bandit Chumworathayi[2] Poochit Dabpookhiew[3]
Panida Pittayakittiwong[4] Thanapon Srivong[5] Sathita Pattarabunpong[6] Kanyapak Silarak[7]
Wijitra Sena[8] Khachornsak Seevathee[9] Kanlaya Pangprasert[10]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีนโดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามลักษณะทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) และแบบประเมินอาการไม่สุขสบาย (ESAS) ในวันที่ 1 และวันที่ 30 ของการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon signed-rank test ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ขณะที่อาการไม่สุขสบายหลายด้าน เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร หายใจลำบาก และท้องผูก มีแนวโน้มลดลง สะท้อนถึงแนวโน้มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงแนวโน้มคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) นอกจากนี้ค่าชีวเคมีในเลือดยังบ่งชี้แนวโน้มมีผลกระทบต่อการทำงานของตับและไต

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, อาการไม่สุขสบาย, ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง, มอร์ฟีน

Abstract

This study aimed to evaluate and compare the quality of life and safety among cancer patients receiving palliative care with morphine. Data were collected through questionnaires on demographic characteristics, the EQ-5D-5L for health-related quality of life, and the ESAS for Discomfort symptoms, administered on day 1 and day 30. Statistical analyses included descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test. The findings indicated a trend toward decreased health-related quality of life; however, this change was not statistically significant (p > 0.05). Several symptoms, including pain, fatigue, nausea, drowsiness, anorexia, dyspnea, and constipation, showed a decreasing trend, suggesting potential improvement in patient comfort. In contrast, levels of depression and anxiety tended to increase, indicating a possible decline in psychological well-being, although these changes were also not statistically significant (p > 0.05). Additionally, blood biochemical parameters suggested a trend toward impaired liver and kidney function.

Keyword: Health-related quality of life, Discomfort symptoms, Palliative cancer patients, Morphine

[1] สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม Corresponding author, Email: Thanamet.th@npu.ac.th
[2] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[3] โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
[4] โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น
[5] โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
[6] โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[7] โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร
[8] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[9] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[10] คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคมะเร็งนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกอย่างต่อเนื่องและยาวนาน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593) หรืออีกประมาณ 24 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 35.3 ล้านราย[1] และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเป็น 18.5 ล้านราย[2]

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ปัจจุบันพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 86,000 รายต่อปี[3] โดยโรคมะเร็งที่มีอัตราการวินิจฉัยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก[3] ภาระของโรคดังกล่าวส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 111,166 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 834,259 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2564 หรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 7 เท่า[3] และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่อยู่ในระยะท้ายของการดำเนินโรค ซึ่งมักมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยแต่ละรายมักแสดงอาการหรืออาการแสดงหลายประการ โดยพบว่าอย่างน้อยมีประมาณ 5 อาการต่อราย อาทิ อาการปวด อาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย ความรู้สึกไม่สุขสบาย และความวิตกกังวล เป็นต้น[4]

อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็งคือ “อาการปวด” ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 84[4] และนับเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง[5]

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวทางมาตรฐานในปัจจุบัน นิยมใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ โดยเฉพาะมอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการปวด ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[5] อย่างไรก็ตาม การใช้มอร์ฟีนยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมหรือเกินขนาดอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะการพึ่งพายา และการกดการหายใจ[5] ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และอาจทำให้การประเมินอาการไม่สุขสบายไม่ดีขึ้น

การใช้มอร์ฟีนในขนาดที่เหมาะสม ภายใต้หลักการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ยังคงเป็นทางเลือกสำคัญลำดับต้น ๆ ในการบรรเทาอาการปวดรุนแรงที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้[5] การจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสมจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนในต่างประเทศพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQL) ของผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป ทั้งในด้านกายภาพ บทบาทหน้าที่ทางสังคม และสุขภาพโดยรวม[6] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีระดับอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการปวด อาการคลื่นไส้/อาเจียน ภาวะเบื่ออาหาร สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ[6]

อย่างไรก็ตามความรุนแรงของอาการบางประการ เช่น อาการคลื่นไส้และอาการง่วงนอน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงเริ่มต้นของการได้รับมอร์ฟีน แต่จะลดลงในระยะต่อมาระหว่างการรักษา ในขณะเดียวกัน พบว่าความอยากอาหาร ความเป็นอยู่ที่ดี ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้ามีแนวโน้มดีขึ้น[7] ทั้งนี้ การใช้มอร์ฟีนยังส่งผลให้การทำงานด้านกายภาพของผู้ป่วยดีขึ้น และมีแนวโน้มช่วยปรับปรุงด้านอารมณ์ตามการประเมินด้วยแบบวัด Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)[7]

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะของโรค และดำเนินการใน

ต่างประเทศ ขณะที่การศึกษาในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน ผลการศึกษานี้คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจทางคลินิกในการใช้มอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการพิจารณาเลือกใช้มอร์ฟีนเป็นแนวทางหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะท้ายของชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจชนิดโคฮอทแบบไปข้างหน้า (Survey Research by Prospective study)

สถานที่ทำการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และเข้ารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (2) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (3) โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม (4) โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร (5) โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และ (6) โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

ลักษณะประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระบบใดระบบหนึ่งของร่างกาย และอยู่ระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง โดยได้รับการรักษาตามมาตรฐานด้วยมอร์ฟีน ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 6 แห่ง ตามที่ระบุในสถานที่ดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการศึกษาแบบ Cohort ในกรณีตัวแปรไม่ต่อเนื่องตามแนวทางของ Bernard (2000)[8] โดยข้อมูลที่ใช้ในการแทนค่าพารามิเตอร์ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 491 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชา ทั้งนี้พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ระยะเวลา 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 20.00 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชามีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 48.63[9]

การคำนวณขนาดตัวอย่างดำเนินการโดยใช้โปรแกรม n4studies ซึ่งกำหนดค่าพารามิเตอร์ดังนี้ P(outcome|exposure) = 0.200, P(outcome|unexposed) = 0.486, อัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง (r) = 1.000, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 โดยมีค่า Z เท่ากับ 1.959964 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = 0.20 โดยมีค่า Z เท่ากับ 0.841621 ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้การปรับค่าความต่อเนื่อง (continuity correction) พบว่าขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 49 ราย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเดียว โดยเปรียบเทียบผล

ภายในกลุ่มระหว่างวันที่ 1 และวันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจึงกำหนดเป็นจำนวน 49 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนเพียงอย่างเดียว

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) เป็นผู้ป่วยทุกเพศ (2) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (3) ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายและอยู่ระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง (4) เข้ารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลพล (5) เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 (6) ได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนตามแนวทางมาตรฐาน (7) มีสัญชาติไทย และ (8) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดระยะเวลาของโครงการวิจัย (2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากมอร์ฟีนในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย (3) ผู้ป่วยไม่ประสงค์ให้ข้อมูลต่อ และขอยุติการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลก่อนสิ้นสุดระยะเวลาการติดตามของโครงการวิจัย

เกณฑ์การให้ถอนตัวออกจากการศึกษาและเกณฑ์การพิจารณายุติการศึกษาทั้งโครงการ ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้กำหนดไว้ เนื่องจากการวิจัยมีลักษณะเป็นการติดตามและเก็บข้อมูลจากการรักษาตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน โดยไม่มีการแทรกแซงกระบวนการรักษาหรือเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมสามารถยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตามความประสงค์ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัวอื่นที่นอกเหนือจากโรคมะเร็ง สถานที่เข้ารับการรักษา ชนิดของโรคมะเร็ง ประวัติการรักษาในอดีต รูปแบบมอร์ฟีนที่ได้รับ ผลการรักษา และค่าชีวเคมีในเลือดของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่แบบประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงในการทดสอบซ้ำอยู่ในระดับดี โดยมีค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) เท่ากับ 0.89 และค่า weighted kappa coefficients อยู่ในช่วง 0.44–0.60 ในแต่ละมิติ[10] อีกทั้งมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.79[11] ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.75[12] และ 0.86[13]

กระบวนการเข้าถึงอาสาสมัคร ขั้นตอนการเข้าถึงเวชระเบียนและการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยเริ่มจากการทำหนังสือราชการผ่านสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลพล เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลเวช

ระเบียนและข้อมูลการวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง

ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต อาการไม่สุขสบายของ และผลตรวจชีวเคมีในเลือดของผู้ป่วย โดยประสานงานกับทีมแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้วิจัยขอให้แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้แจ้งและแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโครงการวิจัย เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ ชี้แจงรายละเอียดของโครงการ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารขอความยินยอมทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ตามบันทึกเวชระเบียน พร้อมทั้งแนบแบบฟอร์มระบุช่องทางการติดต่อที่ผู้ป่วยสะดวก เช่น หมายเลขโทรศัพท์ หรือการนัดหมายสถานที่และเวลาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์ หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการลงนามในเอกสารยินยอมและส่งคืนแก่ทีมวิจัยทางไปรษณีย์ตามซองที่เตรียมไว้พร้อมแสตมป์

นอกจากนี้ ยังมีการเก็บข้อมูลโดยการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านตามระบบบริการของโรงพยาบาลอยู่แล้ว ภายหลังการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยขอให้แพทย์หรือพยาบาลผู้ร่วมทีมแจ้งผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตเข้าพบ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จะเรียกผู้ป่วยดังกล่าวว่า “ผู้ให้ข้อมูล” โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (Day 0) เป็นวันแรกที่ผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L และส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ครั้งที่ 2 (Day 30) เป็นการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัยครบ 30 วัน โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เฉพาะข้อมูลค่าชีวเคมีในเลือด ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L และส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เพื่อใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรผลลัพธ์ภายหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การจัดการข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ที่ต้องมีการคำนวณค่าอรรถประโยชน์ (utility) เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง วิธีการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ ตัวอย่างเช่น

21235= 1 –ค่าสัมประสิทธิ์

= 1 -0.056 –0 –0.043 –0.068 –0.249

= 0.584

การแปลผลคะแนนตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบหมายถึงสภาวะที่แย่กว่าตายโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนอรรถประโยชน์ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนอรรถประโยชน์สำหรับแปรผลที่ได้จากเครื่องมือ EQ-5D-5L[14,15]

มิติทางสุขภาพ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มีปัญหา 1	มีปัญหาเล็กน้อย 2	มีปัญหาปานกลาง 3	มีปัญหามาก 4	มีปัญหามากที่สุด 5
การเคลื่อนไหว	0	0.056	0.114	0.231	0.307
การดูแลตนเอง	0	0.033	0.108	0.225	0.254
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	0	0.043	0.075	0.165	0.207
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	0	0.040	0.068	0.233	0.266
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0	0.032	0.097	0.202	0.249

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Version 28 ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ โดยใช้สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรก่อนและหลังการศึกษา ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาการไม่สุขสบาย และค่าชีวเคมีในเลือด ซึ่งประกอบด้วย Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr.), Aspartate Aminotransferase (AST), Alanine Aminotransferase (ALT) และ Alkaline Phosphatase (ALP)

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีเลขที่รับรอง HE651077

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 48.98 และเพศหญิงร้อยละ 51.02 มีอายุระหว่าง 27–84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.57 ปี (S.D. = 12.57) ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ร้อยละ 12.25 โรงพยาบาลสิรินธร ร้อยละ 20.41 โรงพยาบาลยางสีสุราช ร้อยละ 28.57 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ร้อยละ 2.04 โรงพยาบาลพล ร้อยละ 32.65 และโรงพยาบาลหนองหาน ร้อยละ 4.08

ด้านลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.06 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรืออยู่ในภาวะว่างงาน ร้อยละ 81.63 และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 95.92 ส่วนประวัติสุขภาพ พบว่าไม่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 89.80 และไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 63.27

สำหรับชนิดของโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งหลายชนิด โดยพบบ่อย ได้แก่ มะเร็งปอด ร้อยละ 14.29 มะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 12.24 มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 10.20 มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 8.16 มะเร็งตับ ร้อยละ 8.16 มะเร็งเต้านม ร้อยละ 6.12 มะเร็งกระดูก ร้อยละ 6.12 และมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 6.12 นอกจากนี้ยังพบมะเร็งชนิดอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็งลำไส้ตรง มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลิ้น มะเร็งมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน มะเร็งช่องปาก มะเร็งเมโสเธลิโอมา และมะเร็งไต ซึ่งพบเท่ากันที่ร้อยละ 2.04

ในด้านประวัติการรักษา พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน ร้อยละ 46.94 และได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนชนิด Morphine (MST) 30 mg tablet ร้อยละ 40.82[16] ผลการรักษาโดยรวมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 97.96 ผลการประเมินอาการไม่สุขสบายโดยเครื่องมือ ESAS ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน เปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับการประเมินครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีนมีแนวโน้มของระดับคะแนนอาการไม่สุขสบายลดลงในหลายด้าน ได้แก่ ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม/สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร สบายดีทั้งกายและใจ เหนื่อยหอบ และท้องผูก อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางกลับกันพบแนวโน้มของระดับคะแนนอาการไม่สุขสบายบางประการเพิ่มขึ้น ได้แก่ ซึมเศร้า และวิตกกังวล แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ก็ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการศึกษา จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเครื่องมือ EQ-5D-5L ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน

มิติสุขภาพ	**ใช้มอร์ฟีน n=49 (%)**	
	การประเมินครั้งที่ 1	**การประเมินครั้งที่ 2**
การเคลื่อนไหว		
ไม่มีปัญหา (1)	15 (30.61)	15 (30.61)
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	9 (18.37)	12 (24.49)
มีปัญหาปานกลาง (3)	10 (20.41)	7 (14.29)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	5 (10.20)	6 (12.25)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	10 (20.41)	9 (18.37)
การดูแลตนเอง		
ไม่มีปัญหา (1)	21 (42.86)	21 (42.86)
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	8 (16.33)	6 (12.25)
มีปัญหาปานกลาง (3)	9 (18.37)	11 (22.45)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	2 (4.08)	3 (6.12)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	9 (18.37)	8 (16.33)
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ		
ไม่มีปัญหา (1)	17 (34.69)	18 (36.74)
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	9 (18.37)	4 (8.16)
มีปัญหาปานกลาง (3)	8 (16.33)	9 (18.37)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	5 (10.20)	9 (18.37)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	10 (20.41)	9 (18.37)
อาการปวด/ไม่สบายตัว		
ไม่มีปัญหา (1)	17 (34.69)	13 (26.53)
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	16 (32.65)	23 (46.94)
มีปัญหาปานกลาง (3)	10 (20.41)	8 (16.33)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	6 (12.25)	4 (8.16)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	-	1 (2.04)
วิตกกังวล/ซึมเศร้า		
ไม่มีปัญหา (1)	28 (57.14)	22 (44.90)

ตารางที่ 2 ผลการศึกษา จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเครื่องมือ EQ-5D-5L ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน

มิติสุขภาพ	ใช้มอร์ฟีน n=49 (%)	
	การประเมินครั้งที่ 1	การประเมินครั้งที่ 2
มีปัญหาเล็กน้อย (2)	8 (16.33)	20 (40.82)
มีปัญหาปานกลาง (3)	11 (22.45)	5 (10.20)
มีปัญหาอย่างมาก (4)	2 (4.08)	2 (4.08)
มีปัญหาอย่างมากที่สุด (5)	-	-

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการประเมินระดับปัญหาในมิติสุขภาพในการประเมินครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ ด้านการเคลื่อนไหวพบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 30.61 ด้านการดูแลตนเองพบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 42.86 และด้านการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำพบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 36.74 ขณะที่ด้านอาการปวด/ไม่สบายตัว ส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 46.94 และด้านวิตกกังวล/ซึมเศร้า พบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 44.90

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเครื่องมือ EQ-5D-5L ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน เปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ และคะแนนระดับสุขภาพระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับการประเมินครั้งที่ 2

ผู้ป่วยมะเร็ง	ตัวชี้วัด	ครั้งที่	Min	Max	Mean	Med	S.D.	95% CI		P
								Low	Up	
ใช้มอร์ฟีนn=49	คะแนนอรรถประโยชน์	1	-0.10	1.00	0.63	0.76	0.33	0.54	0.73	1.00
		2	-0.13	1.00	0.63	0.76	0.34	0.53	0.73	
	คะแนนระดับสุขภาพ	1	20	100	69.18	70	22.28	62.79	75.58	0.57
		2	30	100	67.55	70	22.69	61.04	74.07	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$,

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเมื่อพิจารณาจากคะแนนอรรถประโยชน์ระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 1.00) สำหรับคะแนนระดับสุขภาพ พบว่าในการประเมินครั้งที่ 2 มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.57)

ตารางที่ 4 ค่าชีวเคมีในเลือดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน เปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับการประเมินครั้งที่ 2

ผู้ป่วยมะเร็ง	ตัวบ่งชี้	การวัด	Min	Max	Mean	Med	S.D.	95% CI		p
								Low	Up	
ใช้มอร์ฟีน n=49	BUN	1	5	56	15.12	12.55	8.80	12.51	17.73	0.08
	n=48	2	3	68	17.15	12.90	12.09	13.56	20.73	
	Cr.	1	0.48	5.20	1.08	0.84	0.78	0.84	1.31	0.18
	n=46	2	0.40	2.90	1.02	0.92	0.51	0.87	1.17	

ตารางที่ 4 ค่าชีวเคมีในเลือดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน เปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับการประเมินครั้งที่ 2

ผู้ป่วยมะเร็ง	ตัวบ่งชี้	การวัด	Min	Max	Mean	Med	S.D.	95% CI		p
								Low	Up	
	AST	1	13	372	67.04	24	86.28	29.73	104.36	0.06
	n=35	2	18	348	80.70	35.50	88.50	42.43	118.96	
	ALT	1	8	297	52.57	27	71.51	21.64	83.49	0.04*
	n=35	2	11	231	52.83	31.50	52.46	30.14	75.51	
	ALP	1	36	1050	266.50	81	346.56	104.31	428.69	0.61
	n=32	2	32	1103	286	88.50	349.87	122.26	449.75	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05, BUN (Blood Urea Nitrogen) ค่าปกติระหว่าง 5 - 20 mg/dl[17], Cr. (Creatinine) ค่าปกติระหว่าง 0.6 - 1.2 mg/dl[17], AST (Aspartate transaminase) ค่าปกติระหว่าง 5 - 30 IU/L, ALT (Alanine transaminase) ค่าปกติระหว่าง 4 - 36 IU/L, ALP (Alkaline phosphatase) ค่าปกติระหว่าง 30 - 120 IU/L[18,19]

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน มีแนวโน้มของค่าชีวเคมีในเลือดเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการประเมินครั้งที่ 1 อย่างไรก็ตาม ตัวแปรที่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่า ALT (Alanine transaminase) โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.04

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 62.57 ปี ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักเผชิญกับอาการหรืออาการแสดงของโรคอย่างน้อย 5 อาการต่อราย[20,22] และอาการที่มีความรุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดคืออาการปวด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 94[21,22]

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Klepstad ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้มอร์ฟีนมีแนวโน้มลดลง[6] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngelangel ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยมอร์ฟีนมีคุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร[28] อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้มอร์ฟีนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Reis และ N GS ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในรูปแบบแผ่นแปะผิวหนัง มีข้อดีมากว่าการรับประทานและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้นได้[29,30] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Leppert ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้มอร์ฟีน ช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้โดยเฉพาะด้านอารมณ์[7]

ดังนั้นพบว่าผลการศึกษาข้างต้นมีความไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามอาจจะมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัย การจัดการอาการอย่างเหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย[22-27] มากกว่าปัจจัยด้านการใช้มอร์ฟีนเพียงอย่างเดียว กล่าวคือการใช้มอร์ฟีนอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองลดลงเพียงปัจจัยเดียว

2. อาการไม่สุขสบายเป็นตัวชี้วัดสำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน โดยพบว่าคะแนนของอาการต่าง ๆ ได้แก่

อาการปวด อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการง่วงซึมหรือสะลึมสะลือ อาการเบื่ออาหาร ความรู้สึกสบายดีทั้งทางกายและจิตใจ อาการเหนื่อยหอบ และอาการท้องผูก มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ในทางตรงกันข้าม คะแนนของอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งบ่งชี้ถึงแนวโน้มของคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากความหลากหลายของชนิดมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งส่งผลให้ลักษณะอาการที่ผู้ป่วยเผชิญมีความแตกต่างกันทั้งในด้านประเภท ความรุนแรง และการดำเนินโรค ความแปรปรวนดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการไม่สุขสบายโดยรวมไม่ลดลงเท่าที่ควร อีกทั้งในบางกรณีพบแนวโน้มของอาการไม่สุขสบายที่เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งอาจสะท้อนถึงสภาวะทางจิตใจพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีความเปราะบางอยู่เดิม แม้จะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้วก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้มอร์ฟีนเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอในการส่งเสริมผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiffen ซึ่งรายงานว่ายาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ในการรักษาอาการปวดจากโรคมะเร็งก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลายประการ ได้แก่ อาการท้องผูก ร้อยละ 25 อาการง่วงนอน ร้อยละ 23 อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 21 อาการอาเจียน เบื่ออาหาร และเวียนศีรษะ ร้อยละ 13 นอกจากนี้ยังพบว่าอาการอ่อนเพลีย ท้องเสีย นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน ภาพหลอน และภาวะขาดน้ำ ร้อยละ 5 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอาการไม่สุขสบายหลังการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงได้[34]

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Boontasaeng ที่รายงานว่าการจัดการความปวดอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด และการประสานงานกับสถานบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล สามารถลดระดับความปวดได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 95.6 (95% CI: 84.85–99.46)[31] สอดคล้องกับการศึกษาของ Rimchaisith ที่ค้นพบว่าการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิตกกังวล ง่วงซึม/สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร สบายดีทั้งกายใจและเหนื่อยหอบ (p-value < 0.001)[32] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongklaw พบว่าหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน ความต่อเนื่องในการดูแล การดูแลแบบเป็นทีม การดูแลครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลด้านทรัพยากรเครื่องมือ ทำให้คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง (x= 3.44, S.D. = 1.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[33] ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลแบบบูรณาการมากกว่าการพึ่งพาการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

3. ค่าชีวเคมีในเลือด ที่เป็นตัวบ่งชี้ผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีน โดยเฉพาะตัวบ่งชี้ถึงการทำงานของตับ ALT (Alanine transaminase) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value น้อยกว่า 0.05 ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยบางรายมีค่าชีวเคมีในเลือดสูงเกินเกณฑ์ปกติตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อีกทั้งแนวโน้มในช่วงที่

ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีนไม่สามารถส่งผลให้ค่าชีวเคมีในเลือดลดลงได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางส่วนยังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับและมะเร็งไต การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ค่าการทำงานของตับและไตเป็นตัวชี้วัดผลกระทบในผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย จึงอาจไม่สามารถทำให้ค่าชีวเคมีในเลือดซึ่งสะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลงได้ตามที่คาดหวังไว้

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Samarghandian และ Jalili ซึ่งได้ทำการทดลองและประเมินการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในหนูทดลองที่ได้รับมอร์ฟีนเป็นระยะเวลานาน โดยการตรวจวัดระดับเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) และ aspartate aminotransferase (AST) พบว่ากลุ่มที่ได้รับมอร์ฟีนมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม[35,36]

อย่างไรก็ตามตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Amnakkittikul ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการอาการทุกข์ทรมาน ด้วยยามอร์ฟีนในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่า การใช้ยามอร์ฟีนทำให้อาการปวดของผู้ป่วยลดลงได้ “แม่ร้องโหยหวนมาก ร้องแทบไม่ได้นอน แต่ฉีดเข้าไปก็เงียบ เหมือนกับฉีดไปแล้วหลับได้คิดว่าไม่ให้ทรมาน หลังใช้ยาไป แกได้นอน คนเฝ้าก็ได้นอน”[37] ในบางคนกว่าจะตัดสินใจใช้มอร์ฟีนได้ก็ต้องผ่านการมีประสบการณ์การจัดการความปวดในครั้งแรกก่อน “รู้สึกกลัวเพราะคนไข้เคยอาเจียนกินแล้วกลัวจะติด เพราะคิดว่าเป็นสารเสพติด คิดว่าเป็นพวกเดียวกับกัญชา แต่พอเห็นพ่อกิน แล้วหายปวด ไม่อาเจียน อะไรที่ทำให้หายปวด ได้เบิ่ดเลยค่ะ”[37]

ดังนั้น อาจตีความได้ว่าการจัดการอาการปวดเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยมอร์ฟีนอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังพบแนวโน้มว่าผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบจากการใช้มอร์ฟีนในระยะยาว แม้ว่ามอร์ฟีนจะมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้เป็นอย่างดี แต่ก็อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้เช่นกัน เพราะฉะนั้น การใช้มอร์ฟีนจึงควรอยู่ภายใต้การดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิดของแพทย์แผนปัจจุบันที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณทุนสนับสนุนการศึกษา จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอบคุณโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ขอบคุณแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทั้ง 49 ท่าน เป็นอย่างสูงยิ่งที่ทำให้การวิจัยสำเร็จผลเป็นอย่างดีเยี่ยม

เอกสารอ้างอิง

1.International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.(2022). Cancer Tomorrow, Estimated number of new cases from 2022 to 2050, Both sexes, age [0-85+] [Internet]. 2022. [cited 2026 Apr. 16]. Available from: https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en/dataviz/isotype?years=2050&types=0&single_unit=500000

2.International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.(2022). Cancer Tomorrow, Estimated number of deaths from 2022 to 2050, Both sexes, age [0-85+] [Internet]. 2022. [cited 2026

Apr. 16]. Available from: https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en/dataviz/isotype?years=2050&types=1&single_unit=500000

3.Hfocus.org.(2026). Thailand sees 140,000 new cancer cases annually. The National Cancer Policy Committee is accelerating plans for prevention, screening, and treatment [Internet]. 2026. [cited 2026 Apr. 19]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2026/03/37354#:~:text

4.Kokaew S, Wangkahad R.(2024). Symptom distress and factors related to symptom distress in advanced cancer patient at Lopburi Cancer Hospital. Thai cancer journal [internet]. 2024 [cited 2026 Apr. 20];43(3):107-19. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ/article/view/269730

5.Molek R, Thanapapothiwat T, Kongchaiphome K, Sombutboon M, Preechakoon B.(2020). Is Morphine for Euthanasia?. J Chulabhorn Royal Acad [internet]. 2020 [cited 2026 Apr. 20];2(1):14-2. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/224953

6.Klepstad P, Borchgrevink PC, Kaasa S.(2000). Effects on cancer patients' health-related quality of life after the start of morphine therapy. J Pain Symptom Manage [internet]. 2000 [cited 2026 Apr. 13];20(1):19-26. Available from: https://doi.org/10.1016/s0885-3924(00)00167-6

7.Leppert W, Nosek K.(2019). Comparison of the Quality of Life of Cancer Patients with Pain Treated with Oral Controlled-Release Morphine and Oxycodone and Transdermal Buprenorphine and Fentanyl. Curr Pharm Des [internet]. 2019 [cited 2026 Apr. 13];25(30):3216-3224. Available from: https://doi.org/10.2174/1381612825666190717091230

8.Bernard, H.(2000). Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches, Sage, Thousand Oaks. 2000.

9.Phansila N, Wongkongdech R, Sittiwech C.(2026). Survival Rate of Cholangiocarcinoma, Hepatocellular Patients Received Cannabis Treatment [Internet]. 2021. [cited 2026 Apr. 16]. Available from: https://www.semanticscholar.org/reader/ac0c84be4728a952299d5f1fefbff90356feb921

10.Sonsa-ardjit, N, Sakthong, P.(2015). Reliability and validity of the Thai version of EQ-5D-5L questionnaire on patients with chronic disease. Chula Med J [Internet]. 2015 [cited 2026 April 16];59(5):489-501. Available from: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/603

11.Seng JJB, Kwan YH, Fong W, Phang JK, Lui NL, et al.(2026). Validity and reliability of EQ-5D-5L among patients with axial spondyloarthritis in Singapore. European journal of rheumatology [Internet]. 2020 [cited 2026 Apr. 16];7(2):71–78. Available from: https://doi.org/10.5152/eurjrheum.2020.19043

12.Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U.(2011). Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). Journal of pain and symptom management [Internet]. 2011 [cited 2026 Apr. 16]; 42(6):954–960. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020

13.Donlan J, Zeng C, Indriolo T, Li L, Zhu E, Zhou J, et al.(2024). The Edmonton Symptom Assessment System is a valid, reliable, and responsive tool to assess symptom burden in decompensated cirrhosis. Hepatology communications [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr. 17];8(4):e0385. Available from: https://doi.org/10.1097/HC9.0000000000000385

14.Patthanaphesach J.(2018). Health quality of life questionnaire EQ-5D-5L [Internet]. Bangkok: Center for continuing pharmacy education (Thailand) [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr. 26]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=416

15.Thaenkham T, Kessomboon P, Chumworathayi B, Dabpookhiew P, Pittayakittiwong P, Srivong T, et al.(2026). Quality of life and effects of cannabis use in cancer patients receiving palliative care. J Nurs Sci Health [internet]. 2025 [cited 2026 Apr. 22];48(1):62-67. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/271431

16.Thaenkham T, Kessomboon P, Chumworathayi B, Dabpookhiew P, Pittayakittiwong P, Srivong T, et al.(2025). Survival Rates, Quality of Life and Side Effects of Medical Cannabis in Patients with Palliative Cancer in Thailand. J. Curr. Sci. Technol. [internet]. 2025 [cited 2026 Apr. 18];15(2):108. Available from: https://ph04.tci-thaijo.org/index.php/JCST/article/view/6991

17.Hosten AO.(1990). BUN and Creatinine. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 193. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305/

18.Gowda S, Desai PB, Hull VV, Math AA, Vernekar SN, Kulkarni SS.(2009). A review on laboratory liver function tests. Pan Afr Med J [internet]. 2009 [cited 2026 Apr. 18];3:17. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21532726/

19.Lala V, Zubair M, Minter DA.(2026). Liver Function Tests. [Updated 2023 Jul 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. [cited 2026 Apr. 16]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482489/

20.Grond S, Zech D, Diefenbach C, et al.(1994). Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: A prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. J Pain Symptom Manage [internet]. 1994 [cited 2026 Apr. 20];9:372–382. Available from: https://doi: 10.1016/0885-3924(94)90174-0.

21.Twycross R, Harcourt J, Bergl S.(1996). A survey of pain in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage [internet]. 1996 [cited 2026 Apr. 20];12:273–282. Available from: https://doi: 10.1016/s0885-3924(96)00149-2.

22.Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ.(2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. J Clin Oncol [internet]. 2020 [cited 2026 Apr. 20];38(9):905-914. Available from: https://doi:10.1200/JCO.19.00470

23.Higginson IJ, Costantini M.(2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. Eur J Cancer [internet]. 2008 [cited 2026 Apr. 21];44:1414–1424. Available from: https://doi: 10.1016/j.ejca.2008.02.024.

24.Kehl KA.(2006). Moving toward peace: An analysis of the concept of a good death. Am J Hosp Palliat Care [internet]. 2006 [cited 2026 Apr. 21];23:277–286. Available from: https://doi: 10.1177/1049909106290380.

25.Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al.(2026). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. Qual Life Res [internet]. 1994 [cited 2026 Apr. 22];3:183–189. Available from: https://doi: 10.1007/BF00435383.

26.Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al.(2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA [internet]. 2004 [cited 2026 Apr. 22];291:88–93. Available from: https://doi: 10.1001/jama.291.1.88.

27.Cheville AL, Alberts SR, Rummans TA, et al.(2026). Improving adherence to cancer treatment by addressing quality of life in patients with advanced gastrointestinal cancers. J Pain Symptom Manage [internet]. 2015 [cited 2026 Apr. 20];50:321–327. Available from: https://doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.005.

28.Ngelangel CA, Laudico AV, Villalon AH, Guevarra FM, Esteban DB, Abesamis MM, et al.(1993). Quality of life among Filipino cancer pain patients on one-month oral NSAID or morphine. Philippine Journal of Surgical Specialties [internet]. 1993 [cited 2026 Apr. 22];48(3):99-101. Available from: https://pjim.herdin.ph/index.php/partner?view=research&cid=29943

29.Reis PS, Kraychete DC, Pedreira E de M, et al.(2025). Transdermal Opioids and the Quality of Life of the Cancer Patient: A Systematic Literature Review. Annals of Pharmacotherapy [internet]. 2025 [cited 2026 Apr. 23];59(1):47-60. Available from: https://doi:10.1177/10600280241247363

30.N GS, Deka A, Dakua D.(2022). Compliance, efficacy and quality of life for oral morphine versus transdermal fentanyl patch in management of cancer pain. Int J Res Med Sci [Internet]. 2022 [cited 2026 Apr. 22];10(3):666-670.Available from: https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/10427

31.Boontasaeng P, Chumworathayi B, Piasupun P.(2021). Outcome of Pain Management Program in Gynecological Cancer Patients Who Received Palliative Care in Srinagarind Hospital. Srinagarind Med J [Internet]. 2021 [cited 2026 Apr. 23];36(1):90-96. Available from: https://www.thaidj.org/index.php/smnj/article/view/9721

32.Rimchaisith W.(2024). Effects of Home Morphine Subcutaneous Infusion to Palliative Care Patients Using an Opioids Box: Case Study in Muang District, Udonthani. Udonthani Hospital Medical Journal [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr. 23];32(1):13-25. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/269005

33.Wongklaw W, Sopsamai I.(2023). Effective of Palliative Nursing Practice Guidelines Development. Journal of Health and Environmental Eucation [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr. 23];8(2):339-50. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265756

34.Wiffen PJ, Derry S, Moore RA.(2014). Impact of morphine, fentanyl, oxycodone or codeine on patient consciousness, appetite and thirst when used to treat cancer pain. Cochrane Database Syst Rev [internet]. 2014 [cited 2026 Apr. 23];(5):CD011056. Available from: https://doi:10.1002/14651858.CD011056.pub2

35.Samarghandian S, Afshari R, Farkhondeh T.(2026). Effect of long-term treatment of morphine on enzymes, oxidative stress indices and antioxidant status in male rat liver. Int J Clin Exp Med [internet]. 2014 [cited 2026 Apr. 25];7(5):1449-1453. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4073771/

36.Jalili C, Rashidi I, Roshankhah S, Jalili F, Salahshoor MR.(2020). Protective Effect of Genistein on the Morphine-Induced Kidney Disorders in Male Mice. Electron J Gen Med [internet]. 2020 [cited 2026 Apr. 25];17(3):em213. Available from: https://doi.org/10.29333/ejgm/7874

37.Amnakkittikul S.(2021). Caregiver's experience in suffering symptom management with morphine drug in patients with advance cancer receiving palliative care at home [Internet]. 2021. [cited 2026 Apr. 25]. Available from: https://thaifammed.org/academic_work/research-abstract-2564/

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ORAL HEALTH LITERACY AND FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL HEALTH CARE BEHAVIORS AMONG TAILUE ELDERLY, SANMAKET SUBDISTRICT,PHAN DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.

(Received: April 26,2026 ; Revised: May 18,2026 ; Accepted: May 19,2026)

.

มณฑิณี อักษรดิษฐ์[1] สิรินันท์ สุวรรณาภรณ์[1] ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์[1]
Monthinee Aksondit[1] Sirinan Suwannaporn[1] Siwarak Kitchanapaiboon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy: OHL) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดังกล่าว ในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 293 คน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับ ต่ำถึงปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่ดี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่า สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก และระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่ำมีโอกาสปฏิบัติตนด้านสุขภาพช่องปากไม่ดีกว่าผู้ที่มีความรู้สูงประมาณ 4 เท่า ซึ่งบ่งชี้ว่าความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุด นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมที่อ่อนแอ เช่น สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง และรายได้ต่ำ ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุไทลื้อ, ปัจจัยสัมพันธ์

Abstract

A survey research by cross-sectional study was conducted to determine the level of Oral Health Literacy (OHL), assess oral health care behavior, and analyze the associated factors among 293 Tai Lue ethnic elderly in San Makhet Sub-district, Phan District, Chiang Rai Province.

The findings revealed that the majority of the elderly demonstrated low to moderate levels of OHL and possessed poor oral health care behavior. Significant statistical analysis indicated that factors such as marital status, income, pre-existing diseases, betel nut chewing behavior, and the level of oral health knowledge were significantly correlated with oral health care practices. Specifically, those with low oral health knowledge were approximately 4 times less likely to practice appropriate care compared to those with high knowledge. Social vulnerabilities, including being widowed/divorced and having low income, posed significant obstacles to appropriate health behavior.

Keywords: Oral health literacy, Oral health care behavior, Tai Lue elderly, Associated factors

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) อย่างชัดเจน เนื่องจากมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[1] การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทวีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะ

[1] มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

อย่างยิ่ง สุขภาพช่องปาก ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต การบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลก[2] และกระทรวงสาธารณสุขต่างมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีฟันแท้ที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการบดเคี้ยว อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียฟันทั้งปากหรือบางส่วนจากโรคฟันผุและโรคปริทันต์ ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้เพียงพอจะลดลงอย่างมากเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยปัญหานี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและการลดลงของสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุ[3]

โรคในช่องปากส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินของโรคตามระยะเวลาและปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพช่องปากจึงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะการรักษา แต่ควรเน้นการสร้างเสริมความตระหนักรู้และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง "ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก" (Oral Health Literacy: OHL) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพช่องปากที่ดีในระยะยาว[4] OHL หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะทางปัญญาและสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากเพื่อการตัดสินใจดูแลตนเองอย่างถูกต้องและยั่งยืน แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[5] ที่แบ่งระดับของความรอบรู้เป็นขั้นพื้นฐาน การมีปฏิสัมพันธ์ และวิจารณญาณ งานวิจัยหลายฉบับชี้ให้เห็นว่า กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการมีระดับ OHL ต่ำและมักเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ยาก ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีฐานะยากจน และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ[6] ซึ่งตอกย้ำความจำเป็นในการพัฒนา OHL ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นพิเศษ

การศึกษาในมิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มชนชาติพันธุ์ยังเป็น "ช่องว่างของความรู้" (Knowledge Gap) ที่สำคัญในงานวิจัยด้านทันตสาธารณสุข เนื่องจากบริบททางวัฒนธรรม วิถีชีวิต และการเข้าถึงการศึกษาของกลุ่มชนชาติพันธุ์อาจส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างไปจากประชากรทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มนี้จึงยังมีอยู่น้อย เมื่อพิจารณาจากชุมชนชาวไทลื้อในตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่าเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูงมากถึงร้อยละ 46.12 และมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่รุนแรง โดยมีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้เพียงพอต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับจังหวัดอย่างมาก [7] สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหาทางทันตสาธารณสุขที่รุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ซึ่งมีความเปราะบางและต้องการการแทรกแซงที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะ

ดังนั้น เพื่อเป็นการเติมเต็มช่องว่างของความรู้ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มชนชาติพันธุ์ไทลื้อ อันจะนำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่ตรงจุดและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน เพื่อให้ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในสังคมสูงวัย

วิธีการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional Study) เพื่อวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ในช่วงระหว่าง เดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2568 โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อที่อาศัยอยู่ใน ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 875 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan[8] โดยยอมรับความคลาดเคลื่อน 5\% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95\% ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 267 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 293 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่บ้าน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) เช่น เป็นผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อที่สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ดี และคัดออกผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่ส่งผลต่อการรับรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จำนวน 27 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 และตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ประยุกต์มาจากโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 โดยแบบประเมินในตอนที่ 2 และ 3 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีการวิเคราะห์คะแนนกลับด้าน (Reverse score) สำหรับข้อคำถามเชิงลบ และกำหนดเกณฑ์การแปลผลเป็น 2 ระดับ คือ ระดับดี (ร้อยละ 75.01-100.00) และระดับควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 75.00)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ EC 24223-18 เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2568

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยแบ่งเป็นสองส่วนหลัก: ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับ OHL ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวินาม (Binary Logistic Regression) เพื่อระบุตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม/ไม่เหมาะสม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงพรรณนาที่แสดงให้เห็นว่าร้อยละ 63.1 ของผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ และเพียงร้อยละ 3.8 เท่านั้นที่มีระดับความรู้สูง (ตารางที่ 4.3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 2.37 (SD = 0.62) ในช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการในการส่งเสริมความรู้ด้านนี้ในกลุ่ม

ผู้สูงอายุอย่างชัดเจนในแง่ของทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับควรปรับเปลี่ยนความรอบรู้ถึงร้อยละ 44.7 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเข้าถึงอยู่ที่ 12.58 (SD = 4.63) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน สะท้อนว่าผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอ

สำหรับทักษะการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ในระดับควรปรับเปลี่ยน (ร้อยละ 54.6) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.67 (SD = 5.08) จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน ส่วนทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลางถึงควรปรับเปลี่ยน ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะเหล่านี้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ

แสดงผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจำนวน 293 คน โดยพิจารณาตามองค์ประกอบของความรอบรู้ในแต่ละด้าน พบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่ำ จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 ขณะที่กลุ่มที่มีระดับความรู้สูงมีเพียง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.37 (S.D. = 0.62) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ต่ำ จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 ขณะที่ผู้ที่มีระดับสูงมีจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 12.58 (S.D. = 4.64) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 84.3 อยู่ในระดับความรอบรู้ต่ำ และมีเพียง 46 คน คิดเป็นร้อยละ 15.7 อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 13.68 (S.D. = 5.08) ด้านทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.5 รองลงมาอยู่ในระดับความรอบรู้สูง คิดเป็นร้อยละ 49.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.83 (S.D. = 3.70) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรอบรู้ต่ำ จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 75.1 และมีผู้สูงอายุเพียง 73 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 อยู่ในระดับความรอบรู้สูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 9.65 (S.D. = 3.75) ด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับรอบรู้ต่ำ จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 รองลงมามีความรอบรู้ในระดับสูง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดีมีเพียง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 26.34 (S.D. = 8.15)

การทดสอบความสัมพันธ์ วิเคราะห์ตัวแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบความสัมพันธ์ วิเคราะห์ตัวแปรของปัจจัยที่ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ

ปัจจัย	Unadjusted analysis OR (95% CI)	p-value	Adjusted analysis ORMH (95% CI)	p-value
ระดับการศึกษา: ไม่ได้ศึกษา	0.20 (0.05–0.67)	0.01	-	-
ระดับการศึกษา: ประถมศึกษา	0.25 (0.09–0.69)	<0.01	-	-
สถานภาพสมรส: หม้าย/หย่าร้าง	0.21 (0.05–0.85)	0.02	0.09 (0.15–0.62)	0.01*
รายได้ต่อเดือน: น้อยกว่า 1–5,000 บาท	0.38 (1.04–11.02)	0.04*	0.58 (0.00–0.61)	0.01*

ตารางที่ 1 การทดสอบความสัมพันธ์ วิเคราะห์ตัวแปรของปัจจัยที่ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ

ปัจจัย	Unadjusted analysis OR (95% CI)	p-value	Adjusted analysis ORMH (95% CI)	p-value
โรคประจำตัว: มี	-	-	3.96 (1.36–11.55)	0.01*
พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก: เคยเคี้ยวปัจจุบันเลิกแล้ว	-	-	0.13 (0.02–0.87)	0.03*
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก: ระดับความรู้ต่ำ	2.48 (1.34–4.73)	<0.01	0.25 (0.09–0.66)	<0.01*
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก: ระดับความรอบรู้ต่ำ	0.36 (0.18–0.69)	<0.01	-	-
ทักษะการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก: ระดับความรอบรู้ต่ำ	0.43 (0.20–0.92)	0.03	-	-
การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก: ระดับความรอบรู้ต่ำ	0.34 (0.17–0.67)	<0.01	-	-

หมายเหตุ: นำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากตาราง ที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากบางด้าน

ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้างมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีน้อยกว่ากลุ่มโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 0.09; 95% CI: 0.15–0.62; p = 0.01) เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1–5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 30,001 บาท (Adjusted OR = 0.58; 95% CI: 0.00–0.61; p = 0.01)

นอกจากนี้ ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวประมาณ 3.96 เท่า (Adjusted OR = 3.96; 95% CI: 1.36–11.55; p = 0.01)

ด้านพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก พบว่าผู้ที่เคยเคี้ยวหมากแต่เลิกแล้วมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเคี้ยวหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 0.13; 95% CI: 0.02–0.87; p = 0.03)

สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีน้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับความรู้สูง (Adjusted OR = 0.25; 95% CI: 0.09–0.66; p < 0.01)

ส่วนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ที่มีระดับความรอบรู้ต่ำด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ในกลุ่มตัวอย่าง 293 คน สรุปผลการวิจัยได้ว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่ค่อนข้างเปราะบาง เช่น มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (OHL) อยู่ในระดับ ต่ำถึงปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ยังอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการวิเคราะห์ยังพบว่า สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก และระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีนัยสำคัญทางสถิติที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ผลการวิจัยนี้จึงยืนยันความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่เน้นการปฏิบัติจริงและเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของชนชาติพันธุ์ไทลื้อ เพื่อยกระดับความสามารถในการตัดสินใจดูแลสุขภาพช่องปาก และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเป้าหมายของงานวิจัย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้สรุปผลได้อย่างชัดเจนว่า ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ไทลื้อมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (OHL) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยผลการวิเคราะห์ยืนยันแนวคิดของ Nutbeam[5] ที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ ที่กำหนดพฤติกรรมมากกว่าข้อมูลประชากรพื้นฐาน (เช่น อายุ เพศ) ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ . อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ค้นพบปัจจัยอื่นที่ทำหน้าที่เป็นอุปสรรคและตัวกระตุ้นพฤติกรรม โดยพบว่าปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง และรายได้ต่ำ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ[9] เนื่องจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจในการเข้าถึงบริการทันตก ในทางกลับกัน การมีโรคประจำตัว ทำหน้าที่เป็น "ตัวกระตุ้นเชิงบวก" (Positive Trigger) ให้ผู้สูงอายุตระหนักและปฏิบัติตนได้ดีขึ้นถึง 4 เท่า เช่นเดียวกับการตัดสินใจ เลิกเคี้ยวหมาก ซึ่งเป็นการเริ่มต้นที่ดีในการปรับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก[10] ดังนั้น การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์จึงควรเน้นที่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริม OHL ที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและชดเชยการขาดแคลนด้านการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจในกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งแนะนำให้มีการวิจัยเชิงทดลองในอนาคต เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). การประเมินผลกระทบและความยั่งยืนของการบริโภคของผู้สูงอายุภายใต้ระบบบำนาญของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2568 จาก https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/04/article_ 20230929085344.pdf

2.World Health Organization. (2026, January 26). Healthy diet. World Health Organization. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2568 จาก https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet

3.รุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 5(2), 46-56.

4.รอซีกีน สาเร๊ะ. (2564). ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(3), 27-39.

5.Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health educationand communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267

6.Murphy, P. K., & Firetto, C. M. (2018). Quality Talk: A blueprint for productive talk. In P. K. Murphy (Ed.), Classroom discussions in education: Promoting productive talk about text and content (pp. 101–134). New York, NY: Routledge.

7.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2568 จาก https://hdc.moph.go.th/cri/public/standard-report-detail/9a40129f2df2a139b7eb03dc9f684a6d

8.Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970) Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30, 607-610.

9.Smith, E.N., Romero, C., Donovan, B., Paunesku, D., Herter, R., Cohen, G., Dweck, C., & Gross, J. (in press). Emotion Theories and Adolescent Well-Being: Results of an Online Intervention. Emotion.

10.วิไลวรรณ คมขำ และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความเสี่ยงสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 5(2), 44–56.

ภาวะโลกร้อนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตก

GLOBAL WARMING AND DENGUE PREVENTION BEHAVIOR OF HOUSEHOLDS IN THE WESTERN TROPICAL REGION.

(Received: April 26,2026 ; Revised: May 17,2026 ; Accepted: May 18,2026)

ญษมณ ละทัยนิล[1]
Yasamon Latainin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พลวัตการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือนในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตกของประเทศไทย โดยเน้นมาตรการ “3 เก็บ” ได้แก่ เก็บบ้าน เก็บขยะ และเก็บน้ำ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ประชากรในการศึกษาคือครัวเรือนในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดตาก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพื้นที่ที่มีลักษณะความเสี่ยงแตกต่างกัน ได้แก่ เขตเมืองหนาแน่น พื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่อุตสาหกรรม และพื้นที่ท่องเที่ยว เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิ แบบวิเคราะห์เนื้อหา และกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ตามทฤษฎีระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงตีความ

ผลการศึกษาพบว่า แม้ครัวเรือนส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ แต่ยังขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นรูปธรรมระหว่างภาวะโลกร้อนกับความเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกภายในครัวเรือนของตนเอง โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติมาตรการ “3 เก็บ” ขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ มาตรการดังกล่าวยังเผชิญอุปสรรคเชิงระบบที่ถูกซ้ำเติมจากสภาพอากาศแปรปรวน ได้แก่ ความจำเป็นในการกักเก็บน้ำเพื่อรับมือกับภัยแล้ง ทำให้บางครัวเรือนไม่สามารถปิดภาชนะได้มิดชิด และปัญหาการจัดการขยะที่ไม่มีประสิทธิภาพในเขตเมืองหนาแน่น ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การป้องกันโรคไข้เลือดออกภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศควรมุ่งเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงระดับครัวเรือน ควบคู่กับการพัฒนาระบบจัดการน้ำและขยะในระดับชุมชนและท้องถิ่น

คำสำคัญ: ภาวะโลกร้อน, การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ, โรคไข้เลือดออก, พฤติกรรมการป้องกันโรค, มาตรการ 3 เก็บ

Abstract

. This study aimed to analyze the linkage among global warming, climate change, dengue transmission dynamics, and household dengue prevention behaviors in tropical urban areas of Thailand’s western region, with a focus on the “3 Keep” measures: keeping houses clean, keeping waste properly managed, and keeping water containers covered. This study was survey research analyzed qualitative data together with secondary data analysis. The study population consisted of households in five provinces: Kanchanaburi, Tak, Prachuap Khiri Khan, Phetchaburi, and Ratchaburi. The samples were purposively selected from areas with different risk characteristics, including densely populated urban areas, agricultural areas, industrial areas, and tourism areas. The research instruments included a documentary and secondary data recording form, a content analysis form, and an analytical framework based on eco-epidemiology and the Health Belief Model. Data were analyzed using content analysis and interpretive analysis.

The findings revealed that although most households were aware of climate change, they lacked a concrete understanding of the linkage between global warming and the increased risk of dengue fever within their own households, particularly perceived susceptibility. This was a key barrier to the continuous

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

implementation of the “3 Keep” measures. In addition, these measures faced systemic obstacles exacerbated by erratic weather conditions, including the need to store water during drought periods, which prevented some households from properly covering water containers, and ineffective waste management in densely populated urban areas. The findings suggest that dengue prevention under the context of climate change should emphasize household-level risk perception, together with the development of community and local water and waste management systems..

Keyword: Global warming, Climate change, Dengue fever, Preventive behavior, 3 Keep measures

บทนำ

ปัจจุบัน ภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาวะของมนุษย์ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองร้อนและกึ่งร้อน การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิเฉลี่ย ปริมาณน้ำฝนที่ผิดปกติ และความชื้นในบรรยากาศ ล้วนเป็นปัจจัยเร่งที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อวงจรชีวิต การขยายพันธุ์ และศักยภาพการแพร่เชื้อของยุงลาย (Aedes aegypti) ซึ่งเป็นพาหะหลักของโรคไข้เลือดออก ในทางชีววิทยา อุณหภูมิที่สูงขึ้นสามารถเร่งให้ระยะเวลาการฟักตัวของเชื้อไวรัสในตัวยุง (Extrinsic Incubation Period: EIP) สั้นลง ทำให้ยุงลายสามารถแพร่เชื้อสู่มนุษย์ได้เร็วขึ้นและบ่อยขึ้นในช่วงอายุขัย ขณะเดียวกัน รูปแบบการตกของฝนที่แปรปรวน ทั้งฝนตกหนักในช่วงสั้น ๆ ฝนตกนอกฤดู หรือช่วงแล้งสลับฝน ได้ก่อให้เกิดแหล่งน้ำขังชั่วคราวจำนวนมากในภาชนะที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น ยางรถยนต์ กระถางต้นไม้ ภาชนะกักเก็บน้ำ และขยะพลาสติก ส่งผลให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง กลไกดังกล่าวทำให้ศักยภาพการนำโรคของยุงลายเพิ่มสูงขึ้น ขยายฤดูกาลระบาดออกไปตลอดทั้งปี และทำให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความซับซ้อนมากขึ้น[1]

ภายใต้กรอบแนวคิดระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อห่วงโซ่การแพร่เชื้อระหว่างมนุษย์ เชื้อโรค พาหะ และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตกของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี ตาก ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี และราชบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเปราะบางจากทั้งบริบททางภูมิอากาศ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม พื้นที่ดังกล่าวประกอบด้วยเขตเมืองหนาแน่น พื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่อุตสาหกรรม เขตเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่ท่องเที่ยวชายฝั่ง[2] และพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อน้ำท่วมซ้ำซาก การขยายตัวของเมืองและการเพิ่มขึ้นของภาชนะขังน้ำที่มนุษย์สร้างขึ้น ทำให้แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในระดับครัวเรือนและชุมชนเพิ่มขึ้น เมื่อประกอบกับอุณหภูมิที่สูงขึ้นและฝนที่แปรปรวน จึงยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกนอกฤดูกาลและการระบาดต่อเนื่องตลอดปีในพื้นที่ดังกล่าว[3]

การควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใต้บริบทของภาวะโลกร้อนไม่สามารถพึ่งพาเพียงมาตรการเชิงรับจากภาครัฐหรือการควบคุมพาหะในช่วงที่เกิดการระบาดเท่านั้น แต่จำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือนในฐานะปราการด่านแรก โดยเฉพาะมาตรการ “3 เก็บ” ได้แก่ เก็บบ้าน เก็บขยะ และเก็บน้ำ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในพื้นที่อยู่อาศัย การวิเคราะห์พฤติกรรมดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่านแนวคิด Health Belief Model ที่ชี้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค รวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ แม้ครัวเรือนจำนวนมากจะรับรู้ถึงภาวะอากาศร้อนขึ้นหรือฝนตกผิดฤดู แต่หากไม่สามารถเชื่อมโยงปรากฏการณ์ดังกล่าวกับความเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกภายในบ้านของตนเองได้ การปฏิบัติมาตรการ “3 เก็บ” ก็อาจเกิดขึ้นเพียงเป็นครั้งคราว หรือเกิดขึ้นเฉพาะ

เมื่อมีผู้ป่วยในชุมชนและมีการแจ้งเตือนจากหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น[4]

ด้วยเหตุนี้ บทความนี้จึงมุ่งศึกษาผลกระทบของภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อพลวัตการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือนภายใต้มาตรการ “3 เก็บ” รวมทั้งศึกษาปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติมาตรการป้องกันโรคในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตกของประเทศไทย การศึกษานี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ข้อมูลสภาพภูมิอากาศย้อนหลัง และเอกสารเชิงนโยบายด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงตีความภายใต้กรอบแนวคิดระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อมและ Health Belief Model ทั้งนี้การศึกษาเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลสาธารณะและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นของครัวเรือนและชุมชนต่อโรคไข้เลือดออกภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบของภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อพลวัตการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตกของประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนภายใต้มาตรการ “3 เก็บ” ได้แก่ เก็บบ้าน เก็บขยะ และเก็บน้ำ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือน
4. เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออกภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data Analysis) เพื่อศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างภาวะโลกร้อน พลวัตการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือนในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตกของประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วยครัวเรือนในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตกของประเทศไทย ครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดตาก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกและได้รับผลกระทบจากความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศ

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากพื้นที่ที่มีลักษณะความเสี่ยงแตกต่างกัน ทั้งเขตเมืองหนาแน่น พื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่อุตสาหกรรม และพื้นที่ท่องเที่ยว เพื่อสะท้อนบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและข้อมูลสภาพภูมิอากาศ
2. แบบวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis Form) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือน

3. กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ตามทฤษฎีระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อม (Eco-epidemiology) และ Health Belief Model (HBM)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานสาธารณสุข ข้อมูลสภาพภูมิอากาศย้อนหลัง รวมถึงเอกสารเชิงนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกและผลกระทบของภาวะโลกร้อน จากนั้นจึงนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงตีความ (Interpretive Analysis) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พลวัตการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือน โดยอาศัยกรอบแนวคิดระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อมและทฤษฎี Health Belief Model เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสารและการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลสาธารณะ โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยด้านสังคมศาสตร์และสาธารณสุข พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างถูกต้องและครบถ้วนตามหลักวิชาการ

ผลการวิจัย

1. ผลกระทบของภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อพลวัตการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตกของประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศส่งผลต่อพลวัตการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ศึกษาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิเฉลี่ย ความผันผวนของปริมาณน้ำฝน และความชื้นที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของยุงลาย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อวงจรชีวิตของยุงลาย การเพิ่มจำนวนประชากรยุง และศักยภาพการแพร่เชื้อไวรัสเดงกีในระดับพื้นที่

อุณหภูมิที่สูงขึ้น โดยเฉพาะช่วงประมาณ 25–32 องศาเซลเซียส ส่งผลให้ยุงลายมีอัตราการเผาผลาญสูงขึ้น วงจรชีวิตสั้นลง และมีความถี่ในการกัดดูดเลือดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันอุณหภูมิสูงยังทำให้ระยะเวลาการฟักตัวของเชื้อไวรัสในตัวยุง (Extrinsic Incubation Period: EIP) สั้นลง จากเดิมประมาณ 10–12 วัน เหลือประมาณ 7–8 วัน ส่งผลให้ยุงที่ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อสู่มนุษย์ได้เร็วขึ้นและบ่อยขึ้นในช่วงอายุขัยของยุง

ตารางที่ 1 ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยภูมิอากาศกับพลวัตการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยภูมิอากาศ	ผลต่อยุงลาย/สิ่งแวดล้อม	ผลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก
อุณหภูมิเฉลี่ยสูงขึ้น	เร่งวงจรชีวิตและการเจริญเติบโตของยุงลาย	จำนวนยุงเพิ่มขึ้นเร็ว
อุณหภูมิ 25–32°C	เพิ่มอัตราการเผาผลาญและความถี่ในการกัด	เพิ่มโอกาสรับเชื้อและแพร่เชื้อ
อุณหภูมิสูงช่วง 29–32°C	ลดระยะ EIP จาก 10–12 วัน เหลือ 7–8 วัน	ยุงแพร่เชื้อได้เร็วและหลายครั้งขึ้น
ฝนตกหนักในช่วงสั้น	เกิดน้ำขังในภาชนะ ยางรถยนต์ กระถาง และขยะ	แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพิ่มขึ้น
ฝนตกนอกฤดู/ฝนสลับแล้ง	เกิดแหล่งน้ำขังต่อเนื่องนอกฤดูฝน	เสี่ยงต่อการระบาดนอกฤดูกาล
ความชื้นสัมพัทธ์เหมาะสม	ยืดอายุยุงลายตัวเต็มวัย	เพิ่มระยะเวลาที่สามารถแพร่เชื้อได้

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ภาวะโลกร้อนไม่ได้ส่งผลต่อโรคไข้เลือดออกเฉพาะจากอุณหภูมิที่สูงขึ้นเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อระบบนิเวศของยุงลายทั้งวงจร ตั้งแต่การเจริญเติบโต การกัดดูดเลือด การฟักตัวของเชื้อไวรัส และการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ใหม่ ผลกระทบดังกล่าวทำให้ฤดูกาลระบาดขยายจากช่วงฤดูฝนไปสู่การระบาดที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดทั้งปี

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า รูปแบบการระบาดมีแนวโน้มเคลื่อนเข้าสู่เขตเมืองและพื้นที่เศรษฐกิจมากขึ้น เนื่องจากพื้นที่เหล่านี้มีความหนาแน่นของประชากรสูง มีการเคลื่อนย้ายของประชากร และมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจากภาชนะที่มนุษย์สร้างขึ้นจำนวนมาก

ตารางที่ 2 รูปแบบความเสี่ยงและการระบาดเฉพาะพื้นที่ในกลุ่มภาคตะวันตก

จังหวัด	ลักษณะพื้นที่เสี่ยงหลัก	รูปแบบการระบาดที่เปลี่ยนแปลงไป
กาญจนบุรี	เขตเทศบาลเมืองและชุมชนริมแม่น้ำ	การระบาดสัมพันธ์กับแหล่งน้ำขังหลังน้ำลดและฝนตกหนักผิดปกติ
ตาก	เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอดและชุมชนแรงงานเคลื่อนย้าย	ผู้ป่วยหนาแน่นในเขตเมืองจากความแออัดและสุขาภิบาลไม่สมบูรณ์
ประจวบคีรีขันธ์	พื้นที่ท่องเที่ยวชายฝั่งและพื้นที่ก่อสร้าง	การระบาดยืดหยุ่นจากภาชนะขังน้ำในพื้นที่ท่องเที่ยวและน้ำท่วมขัง
เพชรบุรี	เขตเมืองและพื้นที่เกษตรกรรม	ภาชนะกักเก็บน้ำขนาดใหญ่กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สำคัญ
ราชบุรี	เขตเมืองและพื้นที่อุตสาหกรรม	การระบาดต่อเนื่องจากขยะและภาชนะเหลือใช้ในพื้นที่อุตสาหกรรม

จากตารางที่ 2 พบว่าแต่ละจังหวัดมีความเสี่ยงแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ แต่มีจุดร่วมคือการเพิ่มขึ้นของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจากภาชนะเทียมและสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง พื้นที่เศรษฐกิจ พื้นที่อุตสาหกรรม และพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก ซึ่งสะท้อนว่าการควบคุมโรคต้องดำเนินงานต่อเนื่องตลอดทั้งปี ไม่ควรจำกัดเฉพาะฤดูฝนเท่านั้น

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนภายใต้มาตรการ “3 เก็บ”

ผลการศึกษาพบว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่รับรู้มาตรการ “3 เก็บ” ได้แก่ เก็บบ้าน เก็บขยะ และเก็บน้ำ ในฐานะมาตรการพื้นฐานในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติจริงยังขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงนอกฤดูฝนหรือช่วงที่ยังไม่มีผู้ป่วยในชุมชน ครัวเรือนจำนวนมากยังคงมองว่าไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดเฉพาะฤดูฝน จึงมักเริ่มปฏิบัติมาตรการป้องกันเมื่อมีการแจ้งเตือน มีการพ่นหมอกควัน หรือมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนแล้ว

เมื่อพิจารณาตามกรอบ Health Belief Model พบว่า ปัญหาสำคัญคือครัวเรือนจำนวนมากยังขาดการรับรู้ความอ่อนไหวต่อโรคในระดับครัวเรือน แม้จะรับรู้ว่าอากาศร้อนขึ้นหรือฝนตกผิดฤดู แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับความเสี่ยงของการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านของตนเองได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้พฤติกรรม “3 เก็บ” ยังเป็นการตอบสนองเชิงรับมากกว่าการป้องกันเชิงรุก

ตารางที่ 3 ช่องว่างด้านการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือน

ประเด็นที่พบ	ลักษณะพฤติกรรม/การรับรู้	ผลต่อมาตรการ “3 เก็บ”
รับรู้อากาศร้อนขึ้น	มองเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติทั่วไป	ไม่เชื่อมโยงกับความเสี่ยงไข้เลือดออก
รับรู้ฝนตกผิดฤดู	เข้าใจว่าเป็นความแปรปรวนของอากาศ	ไม่เพิ่มการสำรวจแหล่งน้ำขังนอกฤดูฝน
มองไข้เลือดออกเป็นโรคฤดูฝน	รอการระบาดหรือการแจ้งเตือน	ทำ “3 เก็บ” เฉพาะบางช่วง
พึ่งพาการพ่นหมอกควัน	เน้นแก้ปัญหาหลังพบผู้ป่วย	ขาดการป้องกันเชิงรุก
ขาดการรับรู้ความเสี่ยงในบ้านตนเอง	Perceived Susceptibility ต่ำ	พฤติกรรมป้องกันไม่ต่อเนื่อง

จากตารางที่ 3 สะท้อนว่า การรับรู้ภาวะโลกร้อนของครัวเรือนยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการแปลความหมายความเสี่ยงให้เชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน เช่น บ้านที่มีถังน้ำ กระถางต้นไม้ ขยะพลาสติก หรือภาชนะเล็ก ๆ ที่สามารถกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้

3. ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือน

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติมาตรการ “3 เก็บ” ของครัวเรือนไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้หรือความตั้งใจของประชาชนเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากข้อจำกัดเชิงระบบด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาการจัดการน้ำ การจัดการขยะ และความเหลื่อมล้ำของทรัพยากรในครัวเรือน

ด้านการจัดการน้ำ พบว่า ครัวเรือนในพื้นที่เกษตรกรรมและพื้นที่ที่ระบบประปาเข้าไม่ทั่วถึงจำเป็นต้องกักเก็บน้ำไว้ใช้ในภาชนะขนาดใหญ่หรือภาชนะเปิด เพื่อรับมือกับช่วงแล้งที่ยาวนานขึ้นจากภาวะโลกร้อน การปิดภาชนะให้มิดชิดจึงเป็นภาระที่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ และมักทำได้ไม่ครบถ้วน ส่งผลให้ภาชนะกักเก็บน้ำกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตลอดปี

ด้านการจัดการขยะ พบว่า เขตเมือง พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ และพื้นที่อุตสาหกรรมมีปัญหาขยะพลาสติก ภาชนะเหลือใช้ และวัสดุที่สามารถสะสมน้ำฝนได้จำนวนมาก มาตรการ “เก็บขยะ” จึงไม่สามารถทำได้ด้วยครัวเรือนเพียงลำพัง แต่ต้องพึ่งพาระบบจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากระบบดังกล่าวยังมีข้อจำกัด จะทำให้แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายยังคงเกิดขึ้นซ้ำ

ตารางที่ 4 อุปสรรคเชิงระบบต่อการปฏิบัติมาตรการ “3 เก็บ” ภายใต้สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลง

อุปสรรค	ลักษณะปัญหา	ผลต่อการควบคุมโรค
การจัดการน้ำ	ต้องกักเก็บน้ำในภาชนะขนาดใหญ่หรือภาชนะเปิด	เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตลอดปี
การจัดการขยะ	ขยะพลาสติก ยางรถยนต์ ภาชนะเหลือใช้สะสมน้ำฝน	มาตรการ “เก็บขยะ” ทำได้ยากหากไม่มีระบบท้องถิ่นรองรับ
เศรษฐกิจครัวเรือน	ไม่มีฝาปิดภาชนะ วัสดุป้องกันยุง หรือพื้นที่จัดเก็บของ	ลดความสามารถในการป้องกันโรค
ชุมชนแออัด/แรงงานอพยพ	สุขาภิบาลไม่สมบูรณ์ ความหนาแน่นสูง	ควบคุมพาหะได้ยาก
การดำเนินงานแบบฤดูกาล	เน้นรณรงค์เฉพาะฤดูฝน	ไม่ทันต่อการระบาดนอกฤดู

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า อุปสรรคของมาตรการ “3 เก็บ” ไม่ใช่เพียงปัญหาระดับบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมเมือง และความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ หากไม่มีการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นและระบบสาธารณสุข การคาดหวังให้ครัวเรือนดำเนินมาตรการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องเพียงลำพังอาจไม่เพียงพอ

4. แนวทางเชิงนโยบายในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออกภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างความยืดหยุ่นของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องปรับแนวทางจากการควบคุมโรคแบบตอบสนองหลังเกิดการระบาด ไปสู่การจัดการความเสี่ยงเชิงรุกที่เชื่อมโยงข้อมูลภูมิอากาศ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพของครัวเรือนเข้าด้วยกัน การดำเนินงานควรเน้นการสื่อสารความเสี่ยงที่ทำให้ประชาชนเข้าใจว่า ภาวะโลกร้อนไม่ได้เป็นเพียงปัญหาสิ่งแวดล้อมระดับกว้าง แต่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกภายในบ้านและชุมชนโดยตรง

แนวทางเชิงนโยบายที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบสื่อสารสาธารณสุขที่สามารถเชื่อมโยงอากาศร้อน ฝนตกผิดฤดู น้ำขัง และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้เข้าใจง่ายในระดับครัวเรือน เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนปฏิบัติมาตรการ “3 เก็บ” อย่างต่อเนื่องตลอดปี ควบคู่กับการพัฒนาระบบจัดการน้ำและขยะในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะพื้นที่เมือง พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่อุตสาหกรรม และชุมชนแออัดที่มีความเสี่ยงสูง

นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข และภาคเอกชน ในการเฝ้าระวังและจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง การสร้างความยืดหยุ่นของชุมชนจึงไม่ได้หมายถึงเพียงการลดจำนวนยุงลายเท่านั้น แต่หมายถึงการสร้างระบบชุมชนที่สามารถรับรู้ความเสี่ยง ปรับตัว และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายภูมิภาค โดยเฉพาะพื้นที่เขตร้อนและกึ่งร้อนที่มีปัจจัยด้านอุณหภูมิ ฝน และความชื้นเอื้อต่อการแพร่กระจายของยุงลาย[2] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Bhatt และคณะ ที่พบว่าภาระโรคไข้เลือดออกมีการกระจายตัวอย่างกว้างขวางทั่วโลก และสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและภูมิอากาศ[5]

ผลการศึกษาที่พบว่าอุณหภูมิที่สูงขึ้นและฝนที่แปรปรวนส่งผลต่อวงจรชีวิตของยุงลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Watts และคณะ ที่พบว่าอุณหภูมิมีผลต่อระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสเดงกีในตัวยุง โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมสามารถทำให้ยุงแพร่เชื้อได้เร็วขึ้น[6] รวมทั้งสอดคล้องกับ Morin และคณะ ที่พบว่าปริมาณฝน ความชื้นสัมพัทธ์ และอุณหภูมิมีผลต่อความชุกชุมของยุงลายและความเสี่ยงต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก[7]

ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค ผลการศึกษาที่พบว่าครัวเรือนยังขาดการปฏิบัติมาตรการ “3 เก็บ” อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทางของกรมควบคุมโรคที่เน้นให้ประชาชนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในครัวเรือนอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเก็บบ้าน เก็บขยะ และเก็บน้ำ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อนำโดยยุงลาย[1] ทั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่า การควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจำเป็นต้องดำเนินควบคู่กันทั้งระดับครัวเรือน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอย่างเป็นระบบ โดยปรับจากการรณรงค์เฉพาะช่วงฤดูฝนไปสู่การเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตลอดทั้งปี

2. ควรพัฒนาระบบจัดการน้ำและขยะในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะเขตเมือง ชุมชนแออัด พื้นที่เกษตรกรรม และพื้นที่อุตสาหกรรม เพื่อแก้ปัญหาแหล่งน้ำขัง ภาชนะเหลือใช้ และขยะพลาสติกที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลา

3. ควรสนับสนุนการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงภาวะโลกร้อนกับโรคไข้เลือดออกในระดับครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงของอากาศ ฝน และน้ำขัง มีผลต่อความเสี่ยงในบ้านของตนเองโดยตรง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนรณรงค์มาตรการ “3 เก็บ” ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น พื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก พื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่ท่องเที่ยว และพื้นที่อุตสาหกรรม

2. ควรนำข้อมูลความเสี่ยงของแต่ละจังหวัดไปใช้จัดทำแผนเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกเชิงพื้นที่ โดยเน้นพื้นที่ที่มีแหล่งน้ำขัง ขยะตกค้าง การกักเก็บน้ำ และความหนาแน่นของประชากรสูง

3. ควรใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมให้ความรู้แก่ครัวเรือน เพื่อเปลี่ยนจากการรับรู้ทั่วไปเรื่องอากาศร้อนหรือฝนตกผิดฤดู ไปสู่การปฏิบัติจริงในการสำรวจ ทำลาย และควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์เชิงปริมาณระหว่างข้อมูลภูมิอากาศ เช่น อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝน ความชื้น กับอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละจังหวัด เพื่อยืนยันความเชื่อมโยงเชิงสถิติ

2. ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคของครัวเรือนโดยใช้ข้อมูลภาคสนาม เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เข้าใจปัจจัยด้านการรับรู้ ความเชื่อ และข้อจำกัดของประชาชนอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

3. ควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงที่เชื่อมโยงภาวะโลกร้อนกับโรคไข้เลือดออก แล้วทดลองใช้ในชุมชน เพื่อประเมินผลต่อความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรม “3 เก็บ” อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยเรื่อง “ภาวะโลกร้อนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนในเขตเมืองร้อน กลุ่มภาคตะวันตก” ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากหลายภาคส่วน สมาคมนักวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงต่อ ครัวเรือนและสมาชิกชุมชนในกลุ่มภาคตะวันตก ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลเชิงลึก ซึ่งทำให้การวิจัยสามารถสะท้อนภาพปัญหาและพฤติกรรมจริงในการป้องกันโรคไข้เลือดออกภายใต้ความท้าทายของภาวะโลกร้อนได้อย่างแท้จริง อีกทั้งขอขอบคุณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกและให้คำแนะนำอันทรงคุณค่า ตลอดจน ทีมงานวิจัยทุกคนที่ทุ่มเททำงานหนัก ซึ่งความร่วมมือจากทุกฝ่ายถือเป็นรากฐานสำคัญที่ผลักดันให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงและสามารถนำเสนอข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการรับมือกับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2567). มาตรการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดต่อนำโดยยุงลาย พ.ศ. 2567 (ข่าวเผยแพร่). กระทรวงสาธารณสุข. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=43800&deptcode=brc&news_views=3539
2. World Health Organization. (2023). Dengue-Global situation (Disease Outbreak News). https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON498
3. Bhatt, S., Gething, P. W., Brady, O. J., Messina, A. P., Farlow, C. Y., Moyes, C. L., Drake, J. M., Brownstein, J. S., Hoen, A. G., Sankoh, O., Myers, M. F., George, D. B., Hay, S. I., & Golding, N. (2013). The global distribution and burden of dengue. Nature, 496(7446), 504–507. https://doi.org/10.1038/nature12060
4 Ginting, G. B., Sitorus, A. J. P., Pane, P. Y., Hartono, & Simangungsong, P. M. J. (2025). Climate change and the life cycle of aedes mosquitoes as vectors of the dengue virus: A scoping review. Buletin Kedokteran & Kesehatan Prima, 4(2), 345–351. https://doi.org/10.34012/bkkp.v4i2.7563
5 Carrington, L. B., Seifert, S. N., Willits, N. H., Lambrechts, L., & Scott, T. W. (2013). Effects of desiccation stress on adult female longevity in Aedes aegypti and Ae. albopictus (Diptera: Culicidae): Results of a systematic review and pooled survival analysis. Parasites & Vectors, 6(1), 110. https://doi.org/10.1186/1756-3305-6-110
6 Goindin D, Delannay C, Ramdini C, Gustave J, Fouque F.(2015). Parity and longevity of Aedes aegypti according to temperatures in controlled conditions and consequences on dengue transmission risks. PLoS One. 2015;10(8):e0135489. doi:10.1371/journal.pone.0135489
7 Morin RS, Monroy MC, Rúa-Uribe G.(2013). Impact of rainfall, relative humidity, and temperature on Aedes aegypti abundance and its implications for dengue control in a hyperendemic area of Colombia. Am J Trop Med Hyg. 2013;88(4):740-8. doi:10.4269/ajtmh.12-0545

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

มุมมองของทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย

The Perspectives of Multidisciplinary Teams in the Continuity of Care (COC) on Oral Health Care for Dependent Patients at Somdet Prayannasungworn Hospital, Chiang Rai province, Thailand.

(Received: April 12,2026 ; Revised: May 2,2026 ; Accepted: May 5,2026)

รจิต จันทร์ประสิทธิ์[1] รุจิรา แสนดี[2]
Rajit Chanprasit[1] Rujira Saendee[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของทีมสหวิชาชีพในศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนา และบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ในศูนย์ COC โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน จาก 9 กลุ่มวิชาชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นเรื่อง (Thematic Analysis) ตามแนวทางของ Braun & Clarke

ผลการศึกษาพบ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) สุขภาพช่องปาก เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่ยังถูกจัดลำดับความสำคัญรอง (2) ศักยภาพของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากยังจำกัดอยู่ในระดับการคัดกรองเบื้องต้น (3) ผู้ดูแลเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จในการดูแลช่องปาก (4) ระบบ COC มีโครงสร้างรองรับ แต่ยังขาดการบูรณาการ สุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ และ (5) แนวทางพัฒนาระบบเพื่อบูรณาการสุขภาพช่องปากใน COC การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดบริการปฐมภูมิ 1A4C พบว่าช่องว่างสูงสุดอยู่ที่การดูแลแบบองค์รวม ความต่อเนื่องของการดูแล และการประสานงาน

คำสำคัญ: สุขภาพช่องปาก, ภาวะพึ่งพิง, ทีมสหวิชาชีพ, การดูแลต่อเนื่อง, วิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This survey research aimed to explore the perspectives of multidisciplinary team members regarding oral health care for dependent patients within the Continuity of Care (COC) system, and to utilize the findings as a foundation for developing and integrating oral health care into the primary care system appropriate to the local context. Thirty healthcare professionals from nine disciplines at the COC Center, Somdet Phra Yanasangwon Hospital, Wiang Chai District, Chiang Rai Province, were purposively selected. Data were collected through focus group discussions and non-participant observation, then analyzed qualitative method by using Thematic Analysis following Braun & Clarke's six-phase framework.

Result : Five major themes emerged: (1) oral health is recognized as an essential component of dependent patient care but remains a lower priority in practice; (2) multidisciplinary team competency in oral health care is limited to basic screening; (3) caregivers are the most critical determinant of oral health care quality; (4) the COC system has a supporting structure but lacks systematic integration of oral health; and (5) systemic development approaches for integrating oral health into COC. Analysis using the 1A4C

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร เลขที่ 263 หมู่ 3 ตำบลเวียงชัย อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย 57210
E-mail: jitdent@gmail.com
[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 424 หมู่ 5 ตำบลท่าสาย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000 E-mail: rsaendee@gmail.com

primary care framework identified the largest gaps in comprehensiveness, continuity of care, and coordination.

Keywords: oral health, dependent patients, multidisciplinary team, continuity of care, qualitative research

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ถึง 13.6 ล้านคน[1] จังหวัดเชียงรายมีผู้สูงอายุร้อยละ 26.49 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society)[2] ขณะที่อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย มีผู้สูงอายุร้อยละ 35 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จากข้อมูลระบบ Health Data Center (HDC)[3] กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเข้าข่ายสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) จึงสะท้อนภาระด้านสุขภาพและความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ดังกล่าว โดยการดูแลที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยความต่อเนื่องของการบริการ (Continuity of Care: COC)[4]

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ดำเนินงานโดย ทีมหมอครอบครัว 3 ทีม มีข้อมูลผู้ป่วยสะสมจากรายงาน COC โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 ทั้งสิ้น 1,401 ราย โดยพบผู้ป่วย ในภาวะพึ่งพิง 612 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.7 แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (คะแนน Barthel Activities of Daily Living : ADL 5–11) จำนวน 362 ราย และกลุ่มติดเตียง (ADL ≤ 4) จำนวน 250 ราย การดำเนินงานของระบบการดูแลผู้ป่วยในศูนย์ COC มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม แต่ในทางปฏิบัติพบว่าสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกละเลยมากที่สุด ทั้งที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาวะหลายมิติ เช่น เมื่อการบดเคี้ยวบกพร่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานอาหารอ่อนที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำลง ส่งผลให้ภาวะทุพโภชนาการที่มีอยู่เดิมทวีความรุนแรงขึ้น[4,5] ขณะเดียวกันคราบแบคทีเรียในช่องปากที่สะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) ซึ่งเป็นสาเหตุ การเสียชีวิต อันดับต้นในผู้ป่วยติดเตียง[6,7] รวมถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับต่ำ[8] ปัจจัยที่ทำให้สุขภาพช่องปากถูกละเลยมีหลายสาเหตุทั้งภาระงานของผู้ดูแลที่สูง[9,10] การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางได้[11]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินสถานะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย หรือทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลเฉพาะด้าน ยังมีงานวิจัยน้อยมากที่ศึกษาว่าทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบ COC มีมุมมองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไร รับรู้บทบาทของตนเองว่าอย่างไร และพบข้อจำกัดใดในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในชนบทที่กำลังปรับตัวภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อการประสานงานในระบบปฐมภูมิโดยตรง

วัตถุประสงค์

เพื่อ (1) ศึกษามุมมองของทีมสหสาขาวิชาชีพในศูนย์ COC ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และ (2) นำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาและบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Study) พื้นที่ศึกษา คือ ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน

30 คน จาก 9 กลุ่มวิชาชีพ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์ COC ไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง และยินดีสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือหลัก (2) แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (IOC = 0.93) และ (3) แบบบันทึกภาคสนาม เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 6–10 คน ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มี ส่วนร่วม ขณะทีมสหวิชาชีพออก เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2569

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Thematic Analysis ตาม 6 ขั้นตอนของ Braun & Clarke[12] ความน่าเชื่อถือยึดหลักเกณฑ์ของ Lincoln & Guba[13] ใน 4 ด้าน ได้แก่ Credibility, Dependability, Confirmability และ Transferability ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของข้อมูลด้วยกระบวนการสามเส้า (Triangulation) และการยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย เลขที่ CRPPHO 162/2568

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.6 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 30–39 ปี ร้อยละ 43.3 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 86.6 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 23.3 รองลงมาคือทันตแพทย์และทันตาภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ในสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 16.6 และแพทย์ร้อยละ 9.9 ที่เหลือเป็นนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักกิจกรรมบำบัด และเภสัชกร

ด้านลักษณะการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ 1–5 ปี และ 6–10 ปี ในสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 26.7 ในด้านประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1–3 ปี ร้อยละ 33.3 และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 26.7 โดยร้อยละ 76.7 ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า 10 รายต่อเดือน บทบาทที่ปฏิบัติมากที่สุดคือการติดต่อประสานงานและการให้บริการหัตถการ ร้อยละ 66.7 เท่ากัน รองลงมาคือการวางแผนการดูแล/รักษาและการติดตามการดูแล/รักษา ร้อยละ 46.7 เท่ากัน เมื่อพิจารณาด้านการอบรม พบว่าร้อยละ 56.7 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่มีเพียงร้อยละ 30.0 เท่านั้นที่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะ สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70.0 ยังขาดการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ

ผลการวิเคราะห์แก่นเรื่องจากการสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พบ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่ยังถูกจัดลำดับความสำคัญรอง

ทีมสหวิชาชีพทุกคนรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับการกินอาหาร การกลืน โภชนาการ และการป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคปอดอักเสบจากการสำลัก โดยทีมสหวิชาชีพเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติสุขภาพช่องปากมักถูกจัดลำดับความสำคัญเป็นลำดับรอง เนื่องจากมีปัญหาด้านอื่น ที่ถือว่าเร่งด่วน และมองเห็นได้ง่าย และชัดกว่า ในการเยี่ยมบ้านเนื้อหาหลักมักวนอยู่กับเรื่องแผล ยา และอาหาร ทีมสหวิชาชีพจะให้

ความสนใจปัญหาช่องปาก ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการเจ็บปวดหรือบ่นเท่านั้น

ประเด็นที่ 2 ศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแล ช่องปากยังจำกัด

บุคลากรสหวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถประเมินสุขภาพช่องปากได้เพียงในระดับพื้นฐาน เช่น สังเกตว่าช่องปากสะอาดหรือไม่สะอาด มีหินปูน หรือฟันผุชัดเจน หรือพบเชื้อราบนลิ้น แต่ยังขาด ความรู้ ความมั่นใจในการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก และขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีสายให้อาหารหรือมีภาวะ สมองเสื่อม

ประเด็นที่ 3 ผู้ดูแลเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จในการดูแลสุขภาพช่องปาก

บุคลากรสหวิชาชีพส่วนใหญ่สะท้อนมุมมองที่สอดคล้องกันว่า ผู้ดูแลคือผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เนื่องจากทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าไปเยี่ยมบ้านเพียงเดือนละ 1-2 ครั้งเท่านั้น นอกจากนั้นยังพบความแตกต่างชัดเจนระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติ ซึ่งมักจะดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลรับจ้างที่ มักให้ความสำคัญกับกิจวัตรพื้นฐานเท่านั้น

นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังเผชิญกับข้อจำกัดด้านเศรษฐานะ ความรู้ ทักษะ และความเครียด ทำให้ขาดความสม่ำเสมอ ในการดูแลช่องปาก

ประเด็นที่ 4 ปัจจัยบริบทพื้นที่มีผลต่อระบบ บริการดูแลต่อเนื่อง แต่ยังขาดการบูรณาการ สุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ

ระบบ COC ของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร มีโครงสร้างพื้นฐานที่ดี ทั้งทีมเยี่ยมบ้าน 3 ทีม ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ประจำทีมเยียมบ้าน 3 ท่าน มีระบบ Consult และการสื่อสารภายในทีมเยี่ยมบ้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) อย่างไรก็ตาม สุขภาพช่องปากยังไม่อยู่ในกระบวนการทำงานหลักการประเมินช่องปากขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบุคลากรแต่ละคน ส่วนหนึ่งเนื่องจากภาระงานที่มากและยังไม่มีแนวทางปฏิบัติ หรือรายการตรวจมาตรฐาน (Checklist) สำหรับการดูแลช่องปากในระบบ COC

นอกจากนี้ พบว่าการประสานงานในระบบ COC พึ่งพาความสัมพันธ์ส่วนตัวและช่องทางไลน์ส่วนบุคคลเป็นหลัก ซึ่งมีความเสี่ยงด้านความยั่งยืน ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหาร รพ.สต. ยังส่งผลต่อระบบการประสานงาน ให้ซับซ้อนมากขึ้น

ประเด็นที่ 5 แนวทางพัฒนาระบบเพื่อบูรณาการสุขภาพช่องปากใน COC

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จากทีมสหวิชาชีพมีความสอดคล้องกันใน 4 ด้าน ได้แก่ 1. การพัฒนาระบบเชิงรุก 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้ดูแล 3. การเพิ่มบทบาทของทีมทันตกรรมในระบบ COC และ 4.การพัฒนาระบบข้อมูลและการประสานงานในพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

1. สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่ยังถูกจัดลำดับความสำคัญรอง

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสหวิชาชีพมีการรับรู้ร่วมกันว่าสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพโดยรวม แต่ยังไม่ได้รับการบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลหลัก ลักษณะดังกล่าวสะท้อนการดูแลแบบตั้งรับมากกว่าการดูแลเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุรีวรรณ และคณะ[14] ที่ศึกษาในบริบทอำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มรับรู้ว่าสุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม แต่ในทางปฏิบัติยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดความรู้ด้านการดูแลช่องปาก ระบบการทำงาน ที่ไม่ได้ให้ความสำคัญ และการขาดแคลนอุปกรณ์

ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการศึกษานี้กับงาน ของจุรีวรรณ และคณะ[14] กล่าวคือในบริบท

แม่เมาะ กลุ่มผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงสุขภาพช่องปากกับสุขภาพโดยรวม ขณะที่ในการศึกษานี้ บุคลากรสหวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถอธิบายความเชื่อมโยงดังกล่าวได้อย่างชัดเจน แต่ยังไม่ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบ สะท้อนว่าปัญหาในบริบทนี้ไม่ได้อยู่ที่ความรู้ แต่เป็นข้อจำกัดของระบบการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ Hoang และคณะ[15] ที่พบว่าแม้บุคลากรจะเห็นด้วยกับการบูรณาการสุขภาพช่องปากในระดับแนวคิด แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดด้าน ความไม่ชัดเจนของบทบาท การขาดเครื่องมือ คัดกรอง และการสนับสนุนจากระบบไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับ Harnagea และคณะ[16] ที่ชี้ว่าอุปสรรคระดับวิชาชีพและองค์กรเป็น อุปสรรคที่แก้ไขยากที่สุด เนื่องจากฝังรากอยู่ใน วัฒนธรรมการทำงานและการแบ่งบทบาทตาม สาขาวิชาชีพที่มีมายาวนาน

2. ศักยภาพที่จำกัดสร้างช่องว่างระหว่างความรู้ และการปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร ส่วนใหญ่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้เพียงขั้นพื้นฐาน เช่น สังเกตความสะอาด ฟันผุ ชัดเจน หรือเชื้อรา แต่ยังขาดความมั่นใจในการประเมินเพิ่มเติมหรือดูแลเองโดยลำพัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ที่มีสายให้อาหารหรือกลืนลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pombo-Lopes และคณะ[17] ที่พบว่าข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้บุคลากรไม่สามารถนำความรู้มาใช้จริงในการปฏิบัติงานในบริบทไทย มธุกานต์ ชาลีฟอง[18] ยังพบว่าผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ที่ไม่เคยผ่านการอบรมด้านสุขภาพช่องปาก มีการปฏิบัติงานด้านนี้ น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าปัญหาความไม่สอดคล้องระหว่างความรู้และการปฏิบัติเป็นเรื่องพบได้ทั่วไปในระบบบริการปฐมภูมิ

แนวทางที่จะแก้ปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน คือการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Inter-professional Education: IPE) ในระหว่างการฝึกปฏิบัติหน้างาน (On the job training) โดย Hoang และคณะ[15] พบว่าทีมสุขภาพปฐมภูมิที่เรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากร่วมกับทันตบุคลากรในสถานการณ์จริงมีทัศนคติเชิงบวกและความพร้อมในการบูรณาการงานดูแลช่องปากมากกว่า การอบรมในห้องเรียน Kaufman และคณะ[19] ยืนยันในทิศทางเดียวกันว่าการให้ทีมแพทย์และทันตแพทย์เรียนรู้จากกรณีผู้ป่วยร่วมกันอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความมั่นใจในการคัดกรองและ ส่งต่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเร็วขึ้น และลดความซับซ้อนของการรักษาในระยะยาว ซึ่งสอดรับกับแนวทางของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย[20] ที่ระบุว่าการพัฒนาสมรรถนะทันตสุขภาพของบุคลากรในระบบดูแลระยะยาวควรเน้นการฝึกในบริบทจริงมากกว่าการถ่ายทอดความรู้เชิงทฤษฎี

ด้วยเหตุนี้ การออกแบบระบบ COC ให้ทีมทันตกรรมร่วมออกเยี่ยมบ้านในเคสที่ซับซ้อนอย่างสม่ำเสมอจึงทำหน้าที่คู่ขนานกัน คือทั้งให้บริการผู้ป่วยโดยตรง และเป็นพื้นที่ฝึกปฏิบัติหน้างานที่พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องในระบบ COC

3. ผู้ดูแลเป็นตัวกำหนดคุณภาพการดูแลช่องปาก ที่สำคัญที่สุด

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพการดูแลช่องปากขึ้นอยู่กับผู้ดูแลเป็นหลัก โดยพบความแตกต่าง ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติและผู้ดูแลรับจ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุรีวรรณ และคณะ[14] ที่พบปัญหาผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ และความกังวลว่าตนเองจะทำช่องปากผู้ป่วยเจ็บ สะท้อนว่าปัญหานี้เป็นปัญหาร่วมที่พบทั้งในบริบทชุมชนและโรงพยาบาล Asanza และคณะ[21] ชี้ว่าผู้ดูแลมักขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม ส่งผลให้การดูแลในทางปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ สม่ำเสมอ ขณะที่ณัชศฬา และคณะ[10] รายงานว่า ภาระงานสูงของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ การดูแลที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ ที่พบว่าผู้ดูแลเผชิญ

ทั้งภาระงานและความเครียด ทำให้การดูแลช่องปากมักถูกละเว้น

4. โครงสร้างที่มีอยู่แต่สุขภาพช่องปากยังไม่อยู่ ในกระบวนการหลัก

แม้ระบบ COC ของโรงพยาบาลสมเด็จ พระญาณสังวรจะมีโครงสร้างพื้นฐานที่ดี แต่สุขภาพช่องปากยังไม่ถูกบรรจุในกระบวนการ ทำงานหลัก ซึ่งคล้ายคลึงกับที่พบในงานของจุรีวรรณ และคณะ[14] และการศึกษาของรุจิรา แสนดี[2] ที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากยังเผชิญข้อจำกัดด้านการจัดระบบบริการ การประสานงาน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย เช่น การถ่ายโอน รพ.สต. ที่ส่งผลต่อความต่อเนื่อง ของการประสานงาน สอดคล้องกับ Harnagea และคณะ[16] ที่ชี้ว่าการบูรณาการสุขภาพช่องปาก ต้องการกลไกเชิงระบบที่ชัดเจน การพัฒนาการ ดูแลสุขภาพช่องปากจึงไม่สามารถพึ่งพาเพียง บุคลากร แต่จำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการ ให้เอื้อต่อการบูรณาการ

5. ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกันสู่ระบบเชิงรุก

ข้อเสนอแนะของบุคลากรสหวิชาชีพมีความสอด คล้องกันสูงใน 4 ด้านหลัก ซึ่งตรงกับที่จุรีวรรณ และคณะ[14] เสนอในบริบท อำเภอแม่เมาะ และสอดคล้องกับ Harnagea และคณะ[16] ที่ชี้ว่าการบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบปฐมภูมิต้องอาศัยกลไกเชิงระบบ ขณะที่ Hoang และคณะ[15] ยืนยันว่าทีมสุขภาพต้องการเครื่องมือและแนวทางที่ชัดเจน ในการนำการดูแลช่องปากเข้าสู่การปฏิบัติจริง สิ่งที่การศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติมจากงานที่ผ่านมาคือข้อเสนอด้านการ พัฒนาระบบข้อมูลและการตอบกลับ รวมถึงการสร้างกลไกกระตุ้นในระบบ COC เพื่อให้สุขภาพช่องปากเป็นขั้นตอนบังคับโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดบริการปฐมภูมิ 1A4C พบว่าองค์ประกอบที่มีช่องว่างสูงสุดในปัจจุบันของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร คือ 1. การดูแลแบบองค์รวม (Comprehensiveness) ที่สุขภาพช่องปากไม่อยู่ในแบบประเมินมาตรฐาน 2. ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity) ที่ขาดระบบตอบกลับข้อมูลหลังส่งต่อ และ 3. การประสานงาน (Coordination) ที่พึ่งพาความสัมพันธ์ส่วนตัวเป็นหลักมากกว่าการประสานงานเป็นระบบ(system-based coordination) ซึ่งแม้ช่วยให้ระบบทำงานได้ดีในระยะสั้น แต่มีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลากรและโครงสร้างองค์กรทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ เชื่อมโยงกันและเป็นจุดคอขวดสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขก่อน สอดคล้องกับแนวทางของ Prasad และคณะ[22] ที่เสนอว่า การบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จ ต้องใช้วิธีรวมเข้าไว้ด้วยกันมากกว่าการสร้างระบบแยกต่างหาก

การศึกษานี้เสนอให้เห็นว่าทีมสหวิชาชีพ ในศูนย์ COC มีความตระหนักถึงความสำคัญ ของสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่ยังไม่ได้รับการบูรณาการเข้าสู่ระบบการดูแล อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้ของบุคลากร ภาระงาน ความพร้อมของผู้ดูแล ระบบข้อมูล และการประสานงาน ส่งผลให้การดูแลยังคงอยู่ในลักษณะการแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการมากกว่าการป้องกันเชิงระบบ ทีมสหวิชาชีพมีข้อเสนอที่สอดคล้องกันในการพัฒนา ได้แก่ การจัดทำแนวทางคัดกรองที่ง่ายสำหรับสหวิชาชีพ การอบรมบุคลากรและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มบทบาทของทีมทันตกรรมในศูนย์ COC และการพัฒนาระบบข้อมูลและการติดตามผลที่เป็นทางการ การพัฒนาศูนย์ COC ให้บูรณาการสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเปลี่ยนจากการดูแลแบบตั้งรับสู่ระบบเชิงรุกที่มีมาตรฐาน โดยนำสุขภาพช่องปากฝังเข้าสู่กระบวนการทำงานหลัก ของ COC การวิเคราะห์ดังกล่าวนำไปสู่ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบ COC ที่แบ่งตาม 3 ระยะ ได้แก่

ระยะเตรียมการ

กำหนดบทบาทด้านสุขภาพช่องปากของแต่ละวิชาชีพในศูนย์ COC ให้ชัดเจน จัดทำแนวทางคัดกรองที่ใช้งานได้จริงและเพิ่มรายการตรวจช่องปากในคู่มือ COC โดยเริ่มดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงสูงก่อน ได้แก่ ผู้ป่วย ADL 0–4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยดูแลแบบประคับ ประคอง จากนั้นจัดอบรมในรูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยเน้นการฝึกปฏิบัติหน้างานในระหว่างการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้บุคลากร สหสาขาวิชาชีพได้เรียนรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากจากกรณีผู้ป่วยจริงร่วมกับทีมทันตกรรม ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการคัดกรองและส่งต่อได้มากกว่าการอบรมในห้องเรียน พร้อมกันนี้ควรจัดทำสื่อสำหรับผู้ดูแล เช่น วิดีโอ และคู่มือภาพ เพื่อเสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

ระยะบูรณาการ

บรรจุการประเมินสุขภาพช่องปากเป็นรายการในขั้นตอนหลักของกระบวนการดูแลในศูนย์ COC ของทุกเคสกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วย ADL 0–4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน และผู้ป่วยประคับประคอง พร้อมกำหนดให้ทีมทันตกรรมร่วมเยี่ยมบ้านกับทุกทีมหมอครอบครัวในเคสที่ซับซ้อนหรือพบรอยโรคจากการคัดกรองเบื้องต้น นอกจากนี้ควรสร้างช่องทางปรึกษาทันตกรรมที่เป็นทางการในศูนย์ COC แทนการพึ่งพาความสัมพันธ์ส่วนตัว และพัฒนาระบบตอบกลับข้อมูล (feedback) หลังส่งต่อ รพ.สต. เพื่อให้ทีมเยี่ยมทราบผลการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะพัฒนาความยั่งยืน

เน้นการสร้างระบบที่ดำเนินต่อไปได้แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร โดยพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากที่เชื่อมกับศูนย์ COC ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก และผลักดันให้สุขภาพช่องปากเป็นตัวชี้วัด (KPI) ในระบบการดูแลระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เสนอให้เห็นมุมมองของบุคลากรสหวิชาชีพว่า การบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบ COC ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคลากรเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการออกแบบระบบงานที่ทำให้สุขภาพช่องปากกลายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงานหลักหลักในศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลสุขภาพหลักในชีวิตประจำวัน และทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกสนับสนุนเชิงระบบ ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240328112409_39023.pdf
2. รุจิรา แสนดี.(2568). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จังหวัดเชียงราย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]; 2(2): 57-73. เข้าถึงจาก: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jcrpho/article/view/3428
3. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.(2569). ข้อมูลประชากรและตัวชี้วัดสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/cri/

4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R.(2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003; 327(7425): 1219-1221.
5. Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T.(2001). Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. Aging Clin Exp Res. 2001; 13(5): 370–377.
6. Tada A, Miura H. (2012). Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. Arch Gerontol Geriatr. 2012; 55(1): 16–21.
7. Yoneyama T, Yoshida M, Ohrui T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, et al.(2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2002; 50(3): 430–433.
8. สุเทียน แก้วมะคำ, อารีย์ แก้วมะคำ.(2561). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]; 10(1): 37-44. available at: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/181629
9. สาริกข์ พรหมมารัตน์.(2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2559; 12(1): 57–64.
10. ณัชศฬา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม.(2561). ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33(2): 97–109.
11. สุภาพร แสงอ่วม, นิทรากิจ ธีระวุฒิวงษ์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, กันยารัตน์ คอวนิช.(2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย.ชม.ทันตสาร. 2558; 36(1): 53-61.
12. จำเนียร จวงตระกูล, อรพินท์ บุญสิน, จารุกัญญา อุดานนท์, ลัดดาวัลย์ สำราญ.(2567). การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์แก่นสาร: แนวทางปฏิบัติสำหรับนักวิจัยใหม่. วารสารสมาคมรัฐประศาสนศาสตร์แห่งประเทศไทย. 2567; 6(2): 15-29. [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก:https://so10.tci-thaijo.org/index.php/paatj/article/view/1177
13. Lincoln YS, Guba EG.(1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.
14. จุรีวรรณ โพธิ์ศรีลาภ, กันยารัตน์ คอวนิช, อติศักดิ์ จึงพัฒนาวดี.(2568). มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง:การศึกษาเชิงคุณภาพ.ว.ทันต.มศว. 2568; 18(2): 28-38.
15. Hoang H, Yiengprugsawan V, Maling S, Laslett AM.(2018). How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: a qualitative study. PLoS One. 2018; 13(10): e0205465.
16. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, Emami E.(2017). Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. BMJ Open. 2017 Sep 25; 7(9): e016078.
17. Pombo-Lopes J, Rodrigues I, Costa J, Gomes AC, Fonseca J, Grillo-Evangelista J.(2025). Health professionals' perceptions, barriers and knowledge towards oral health care of dependent people in nursing homes: a systematic review. Front Public Health. 2025; 12: 1504542.
18. มฐกานต์ ชาฏีฟอง.(2025). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ประเทศไทย, J Gerontol Geriatr Med. 2025; 24(1): 11-22.
19. Kaufman LB, Henshaw MM, Riedy CA, et al.(2023). Partnering for integrated care: a learning collaborative for primary care and oral health teams. Ann Fam Med. 2023; 21(Suppl 2): 22–S28.
20. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2564). แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุ สำหรับทันตบุคลากร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก:
https://ayo.moph.go.th/dental/file_upload/subblocks/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%88%E0%B8%B1%

E0%B8%94%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3_%E0%B8%9B%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%8A%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%B2%E0%B8%81%20%E0%B9%82.pdf

21. Asanza DM, Njoku A, Baviskar S, Evans MA, Mouloudj K.(2025). Oral Hygiene Care of Older Adults and Caregiver Education: A Systematic Review. Hygiene. 2025; 5(4): 50.
22. Prasad M, Manjunath C, Murthy AK, Sampath A,Jaiswal S, Mohapatra A.(2019). Integration of oral health into primary health care: A systematic review. J Family Med Prim Care 2019; 8: 1838-1845.

การพัฒนาและประเมินผล 6 แผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัฒนานคร

Developing and Evaluating 6 Nursing Care Plans for Sepsis Patients in an Inpatient Ward at Wattananakorn Hospital.

(Received: May 1,2026 ; Revised: May 4,2026 ; Accepted: May 5,2026)

หรรษา นิลพรมมา[1]
Hansa Nilpromma[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้ “6 แผนการพยาบาล” สำหรับผู้ป่วย sepsis ได้แก่ การคัดกรองและเฝ้าระวัง การควบคุมการติดเชื้อ การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต การดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลด้านโภชนาการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลภายหลัง ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ การพัฒนาแผนการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทาง Surviving Sepsis Campaign และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย sepsis จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจัดสรรตามลำดับเวลา แผนการพยาบาลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและประเมินคุณภาพด้วย AGREE II วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา independent t-test และ Fisher’s exact test

ผลการวิจัย: ลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกัน ยกเว้น qSOFA ที่กลุ่มควบคุมสูงกว่า ($p = .006$) (1.70 ± 0.57 vs. 1.20 ± 0.52) กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) (38.05 ± 0.22 vs. 27.10 ± 3.54) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีแนวโน้มระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่า (5.25 ± 4.22 เทียบกับ 6.90 ± 4.33 วัน; $p = .214$) และไม่พบการเสียชีวิตภายใน 28 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.0 ($p = 1.000$) แม้ไม่ถึงนัยสำคัญทางสถิติ แต่สะท้อนแนวโน้มเชิงบวก นอกจากนี้ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (4.70 ± 0.31 และ 4.75 ± 0.43)

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, แผนการพยาบาล, ผลลัพธ์ทางคลินิก, ความพึงพอใจ, การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ABSTRACT

This study aimed to develop and evaluate the implementation of the “6 Nursing Care Plans” for sepsis patients, comprising: screening and monitoring, infection control, circulatory support, respiratory support, nutritional support, and complication prevention, by assessing the nursing process, clinical outcomes, and satisfaction. A quasi-experimental study using a two-group post-test design was conducted in two phases: development of nursing care plans based on evidence-based practice and the Surviving Sepsis Campaign guidelines, and evaluation of their effectiveness. Forty sepsis patients were recruited by purposive sampling and allocated into a control group ($n = 20$, receiving standard care) and an experimental group ($n = 20$, receiving the 6 nursing care plans) using sequential allocation. The nursing care plans were validated for content validity and assessed for quality using the AGREE II instrument. Data were analysed using descriptive statistics, independent t-test, and Fisher’s exact test.

Results: Baseline characteristics were not significantly different between the two groups, except for qSOFA scores, which were significantly higher in the control group (1.70 ± 0.57 vs. 1.20 ± 0.52; $p = .006$). The experimental group demonstrated significantly higher nursing care plan adherence scores (38.05 ± 0.22 vs. 27.10 ± 3.54; $p < .001$). Regarding clinical outcomes, the experimental group showed a positive trend with a shorter average length of stay (5.25 ± 4.22 vs. 6.90 ± 4.33 days; $p = .214$) and no 28-day mortality (0%), while the control group had a mortality rate of 5.0% ($p = 1.000$). Although neither outcome reached statistical significance, both reflected a clear positive

[1] หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัฒนานคร

clinical trend. Furthermore, satisfaction was rated at the highest level by both registered nurses and patients' relatives (4.70 ± 0.31 and 4.75 ± 0.43, respectively).

Key word: Sepsis, Nursing care plans, Clinical outcomes, Satisfaction, Evidence-based nursing practice

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก[1] และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะดังกล่าวเกิดจากการตอบสนองต่อการติดเชื้อที่ผิดปกติของร่างกาย (dysregulated host response) ส่งผลให้เกิดการทำงานล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตทั่วโลกเฉลี่ยร้อยละ 15–30 และอาจสูงถึงร้อยละ 50 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต[1,2] ปัจจุบันจึงมีการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นสากล เช่น Surviving Sepsis Campaign (SSC) ซึ่งเน้นการประเมินและการรักษาอย่างรวดเร็ว (early goal-directed therapy) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย[3,4] สำหรับประเทศไทย รายงานข้อมูลปี พ.ศ. 2565 ระบุว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน 5 อันดับแรก โดยพบอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน (community-acquired sepsis) ร้อยละ 24 และเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 50 ในกลุ่มที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล (hospital-acquired sepsis)[5] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากร เทคโนโลยีทางการแพทย์ และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง[5,6] ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[7]

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำเป็นต้องอาศัยการประเมินที่รวดเร็ว การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด รวมถึงการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง[8] อย่างไรก็ตาม ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนมักประสบปัญหาการขาดเครื่องมือหรือแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจนและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความล่าช้าในการตัดสินใจทางคลินิกและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย[6,9] ดังนั้น การพัฒนาแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) ที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น[9,10]

โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ที่ให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง จากรายงานสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลวัฒนานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับการรักษาจำนวนรวม 295 ราย โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.06, 17.82 และ 9.23 ตามลำดับ[11] แม้อัตราการเสียชีวิตจะมีความผันผวน แต่ยังคงอยู่ในระดับสูงและสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหา ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและประเมินผลการใช้ "6 แผนการพยาบาล" สำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว โดยมุ่งเน้นการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมถึงการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ป่วย เพื่อให้ได้แนวทางที่เป็นมาตรฐานสำหรับการยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาและประเมินผล 6 แผนการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยใน โดยอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลัง ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน, ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล

3. เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำแผนไปใช้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design) การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การพัฒนา 6 แผนการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) และเกณฑ์ Surviving Sepsis Campaign (SSC)[3,4] นำมาร่างเป็นแผนการพยาบาล และตรวจสอบคุณภาพของร่างแผนการพยาบาลด้วยแบบประเมิน AGREE II โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2: การประเมินประสิทธิผลของแผนการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลภายหลัง (Two-group post-test design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ 6 แผนการพยาบาล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ

เครื่องมือในการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Experimental Instruments) คือ '6 แผนการพยาบาล' สำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แผนการคัดกรองและเฝ้าระวัง 2) แผนการควบคุมการติดเชื้อ 3) แผนการดูแลระบบไหลเวียนโลหิต 4) แผนการดูแลระบบทางเดินหายใจ 5) แผนการดูแลด้านโภชนาการ และ 6) แผนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผ่านการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย (ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ) และกลุ่มทดลอง 20 ราย (ได้รับการพยาบาลตาม 6 แผนการพยาบาล) ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลำดับเวลา (Sequential allocation) เพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ตามเกณฑ์มาตรฐาน

3. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

4. อาสาสมัครหรือญาติผู้มีอำนาจตัดสินใจให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง หรือมีโรคประจำตัวในระยะสุดท้าย (End-stage disease)

3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิจัยได้

หมายเหตุ: สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาหรือถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ผู้วิจัยยังคงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามหลักการ Intent-to-treat analysis เพื่อให้สะท้อนภาพรวมของผลลัพธ์ทางคลินิกตามจริง

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และประเมินคุณภาพเครื่องมือด้วยแบบประเมิน AGREE II

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (Data Collection Instruments)

- แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (Case Record Form: CRF): สำหรับบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก (สัญญาณชีพ, ผลทางห้องปฏิบัติการ) การปฏิบัติการพยาบาลตาม 6 แผนการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิก (อัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล)

- แบบประเมินความพึงพอใจ: เป็นแบบสอบถามชนิดมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) แบ่งเป็นฉบับสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และฉบับสำหรับญาติผู้ป่วย

ขั้นดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การพัฒนา 6 แผนการพยาบาล (Development Phase) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) รวมถึงแนวทางเวชปฏิบัติสากล (Surviving Sepsis Campaign) เพื่อยกร่าง 6 แผนการพยาบาล

2. นำร่าง 6 แผนการพยาบาลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

3. ประเมินคุณภาพของแผนการพยาบาลโดยใช้แบบประเมิน AGREE II เพื่อให้ได้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ระยะที่ 2: การทดลองใช้ 6 แผนการพยาบาล (Implementation Phase) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยใน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามลำดับเวลา (Sequential Allocation) ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม: เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ (Standard Care) ของโรงพยาบาล

2. กลุ่มทดลอง: ดำเนินการใช้ "6 แผนการพยาบาล" ที่พัฒนาขึ้น โดยพยาบาลวิชาชีพจะให้การดูแลและเฝ้าระวังตามแนวทางใน 6 แผนการพยาบาลอย่างเคร่งครัด พร้อมบันทึกข้อมูลทางคลินิกลงในแบบบันทึก (CRF) ที่เตรียมไว้

ระยะที่ 3: การประเมินและวิเคราะห์ผลลัพธ์ (Evaluation Phase) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการในขั้นตอนสุดท้าย ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จากระเบียนรายงานผู้ป่วย

2. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ 6 แผนการพยาบาลในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน และญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและสรุปผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัฒนานคร โดยแบ่งตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะทดลองใช้ และระยะประเมินผล ดังนี้

1. ระยะทดลองใช้ (Implementation phase) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยจัดสรรกลุ่มตัวอย่างตามลำดับเวลา (sequential allocation) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาล และทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการบันทึกทางการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตาม “6 แผนการพยาบาล” ที่พัฒนาขึ้น โดยพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแผนอย่างเคร่งครัด พร้อมบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (Case Record Form: CRF) ซึ่งครอบคลุมข้อมูลทั่วไป สัญญาณชีพ ผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิก

2. ระยะประเมินผล (Evaluation phase) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วย รวมทั้งเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่โครงการ SKPHO 13/2568 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2568 หมดอายุวันที่ 21 เมษายน 2569 ประเภทการรับรอง Full board

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และข้อมูลทางคลินิก โดยนำเสนอในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ Independent t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เช่น อายุ คะแนน NEWS และคะแนน qSOFA และใช้สถิติ Fisher's exact test สำหรับเปรียบเทียบตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น เพศ และโรคประจำตัว

3. การวิเคราะห์กระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตาม 6 แผนการพยาบาล และคะแนนรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก เปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of Stay) ระหว่างสองกลุ่มด้วย Independent t-test และเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน โดยใช้ Fisher's exact test

5. การวิเคราะห์ความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ป่วย ซึ่งวัดด้วยแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาล ขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตาม 6แผนการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 1: ลักษณะทางคลินิกและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย พบว่าลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ และอายุเฉลี่ย (56.90 ± 20.71 ปี เทียบกับ 65.60 ± 14.60 ปี) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เช่นเดียวกับประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และโรคปอดเรื้อรัง ที่พบว่าทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

สำหรับข้อมูลทางคลินิกแรกรับ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน NEWS ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (5.65 ± 1.53 และ 4.65 ± 1.79 คะแนน, $p = 0.065$) อย่างไรก็ตาม พบว่าคะแนน qSOFA ของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.70 ± 0.57 เทียบกับ 1.20 ± 0.52 คะแนน, $p = 0.006$) ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงของโรคในระยะแรกรับสูงกว่ากลุ่มทดลอง (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 40)

ลักษณะพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม(n=20)	p-value
เพศ, n (%)			0.527[a]
ชาย	11 (55.0)	8 (40.0)	
หญิง	9 (45.0)	12 (60.0)	
อายุ (ปี), Mean ± S.D.	56.90 ± 20.71	65.60 ± 14.60	0.134[b]
โรคประจำตัว, n (%)			
Hypertension	12 (60.0)	14 (70.0)	0.740[a]
Diabetes mellitus	5 (25.0)	11 (55.0)	0.107[a]
Chronic kidney disease	3 (15.0)	8 (40.0)	0.157[a]
Chronic lung disease	1 (5.0)	2 (10.0)	1.000[a]
คะแนนทางคลินิก, Mean ± S.D.			
NEWS score	5.65 ± 1.53	4.65 ± 1.79	0.065[b]
qSOFA score	1.20 ± 0.52	1.70 ± 0.57	0.006[b*]

*หมายเหตุ: [a]วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test, [b]วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test *นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

ส่วนที่ 2: การปฏิบัติตาม 6 แผนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิก จากการเปรียบเทียบกระบวนการดูแล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตาม 6 แผนการพยาบาลเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยเฉพาะคะแนนรวมการปฏิบัติพยาบาลที่กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (38.05 ± 0.22 เทียบกับ 27.10 ± 3.54 คะแนน)

สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่พบแนวโน้มเชิงบวกที่สำคัญ คือกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 1.65 วัน (5.25 ± 4.22 วัน และ 6.90 ± 4.33 วัน ตามลำดับ) นอกจากนี้ ในด้านอัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีผู้เสียชีวิต (ร้อยละ 0) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้เสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 5.0) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่ม (N = 40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)	p-value
การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Mean ± S.D.)			
แผน 1การคัดกรองและเฝ้าระวัง	3.75 ± 1.06	6.00 ± 0.00	<0.001[b]
แผน 2 การควบคุมการติดเชื้อ	4.35 ± 1.04	6.00 ± 0.00	<0.001[b]
แผน 3 การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต	4.55 ± 1.39	6.05 ± 0.22	<0.001[b]
แผน 4 การดูแลระบบทางเดินหายใจ	5.00 ± 1.58	7.00 ± 0.00	<0.001[b]
แผน 5การดูแลด้านโภชนาการ	5.25 ± 1.21	7.00 ± 0.00	<0.001[b]
แผน 6การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.20 ± 0.89	6.00 ± 0.00	<0.001[b]
คะแนนรวมการปฏิบัติพยาบาล	27.10 ± 3.54	38.05 ± 0.22	<0.001[b]
ผลลัพธ์ทางคลินิก			
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน), Mean ± S.D.	6.90 ± 4.33	5.25 ± 4.22	0.214[b]
อัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน, n (%)	1 (5.0)	0 (0.0)	1.000[a]

หมายเหตุ: *[a]วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test, [b]วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test * นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

ส่วนที่ 3: ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้ 6 แผนการพยาบาล ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้ 6 แผนการพยาบาล (n = 20) พบว่าในภาพรวมพยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.70 ± 0.31 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความพึงพอใจโดยรวมต่อการดูแลผู้ป่วย (4.85 ± 0.37) รองลงมาคือ ด้านการสื่อสารและให้ข้อมูลของพยาบาล (4.80 ± 0.41) ขณะที่ด้านความสะดวกในการปฏิบัติตามแผนพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (4.55 ± 0.51) อย่างไรก็ตาม ทุกหัวข้อการประเมินมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 4.50 ซึ่งแสดงถึงการยอมรับและการนำไปใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติ

ส่วนที่ 4: ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการใช้ 6 แผนการพยาบาล ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง (n = 20) พบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามแผนการพยาบาลอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.75 ± 0.43 คะแนน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (4.95 ± 0.22) รองลงมาคือ การตอบข้อซักถามและให้คำแนะนำ (4.80 ± 0.41) และความพึงพอใจโดยรวมต่อการดูแลผู้ป่วย (4.75 ± 0.44) ขณะที่ด้านการดูแลและเอาใจใส่ของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (4.55 ± 0.51) อย่างไรก็ตาม ทุกประเด็นการประเมินมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในระดับต่ำ (0.22–0.57) ซึ่งสะท้อนถึงความพึงพอใจที่สอดคล้องกันในกลุ่มตัวอย่าง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่า "6 แผนการพยาบาล" สำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน โดยช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความเป็นระบบและสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น[3,4] ส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติพยาบาลและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ แผนการพยาบาลดังกล่าวยังได้รับการยอมรับและสร้างความพึงพอใจในระดับมากที่สุดจากทั้งพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ป่วย (4.70 ± 0.31 และ 4.75 ± 0.43 คะแนน ตามลำดับ)

ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างและความแตกต่างของระดับความรุนแรงของโรคแรกรับ (qSOFA) แต่การที่กลุ่มทดลองไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต (ร้อยละ 0) และมีแนวโน้มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสั้นลง 1.65 วัน ถือเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางคลินิกที่สะท้อนถึงศักยภาพของ 6 แผนการพยาบาลในการเพิ่มความปลอดภัยและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย[12,13] ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้นำ 6 แผนการพยาบาลนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน และควรมีการศึกษาต่อยอดในรูปแบบ randomized controlled trial ที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและครอบคลุมหลายโรงพยาบาล เพื่อยืนยันประสิทธิผลและยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนสืบไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้ "6 แผนการพยาบาล" สำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการนำแผนการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ สามารถยกระดับคุณภาพกระบวนการพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีแนวโน้มส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งสามารถอภิปรายได้ 3 ประการ ดังนี้

ประการแรก ด้านกระบวนการพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตาม 6 แผนการ

พยาบาลและคะแนนรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (38.05 ± 0.22 เทียบกับ 27.10 ± 3.54 คะแนน, p < .001) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ที่ช่วยลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ (practice variation) และส่งเสริมความสม่ำเสมอของการดูแลผู้ป่วย[3,4] นอกจากนี้ การมีแนวทางการดูแลที่เป็นระบบยังช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล โดยเฉพาะในภาวะวิกฤตซึ่งต้องอาศัยการประเมินและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว[2] ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ได้แก่ จิ๋วน๊อต (2567) ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย พบว่าพยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น[14] และสอดคล้องกับการศึกษาของโกษาแสง (2566) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับระบบบันทึก IPD Paperless โรงพยาบาลบึงโขงหลง พบว่ากระบวนการพยาบาลมีความเป็นระบบและครบถ้วนมากขึ้น[15] รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติมานะโรจน์ (2563) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม พบว่าการมีแนวทางที่ชัดเจนช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้สม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[16] ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2021) ที่พัฒนา clinical nursing pathway สำหรับผู้ป่วย septic shock พบว่าอัตราการปฏิบัติตาม sepsis bundle ภายใน 1, 3 และ 6 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้แนวทาง (p < 0.05)[10] สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleinpell et al. (2022) ที่รายงานว่าการนำแนวทาง Surviving Sepsis Campaign 2021 มาปรับใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอของการดูแลและลดความแปรปรวนในการตัดสินใจทางคลินิก[17] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wanlumkhao et al. (2025) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนไทย พบว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีโครงสร้างชัดเจนช่วยลดความล่าช้าในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ[9]

ประการที่สอง ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก แม้การศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (p = .214 และ p = 1.000 ตามลำดับ) แต่พบแนวโน้มเชิงบวกที่ชัดเจน คือกลุ่มทดลองไม่มีผู้เสียชีวิตภายใน 28 วัน (ร้อยละ 0) และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่าเฉลี่ย 1.65 วัน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานว่าการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นระบบและรวดเร็วสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้[12,13] การที่ผลลัพธ์ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ประการแรกคือขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด (n = 40) ซึ่งส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) ประการที่สองคือ ความแตกต่างของระดับความรุนแรงของโรคในระยะแรกรับ โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนน qSOFA สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.70 ± 0.57 เทียบกับ 1.20 ± 0.52 คะแนน, p = .006) ซึ่งถือเป็นตัวแปรกวน (confounding factor) ที่สำคัญ สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่า qSOFA เป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของโรคที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต[2] ดังนั้น ความแตกต่างดังกล่าวอาจมีผลต่อการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก และควรพิจารณาร่วมในการตีความผลการศึกษา

ประการที่สาม ด้านความพึงพอใจ พบว่าทั้งพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (4.70 ± 0.31 และ 4.75 ± 0.43 คะแนน ตามลำดับ) ซึ่งสะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำแผนการพยาบาลไปใช้จริง (feasibility) และการยอมรับในบริบทการปฏิบัติงานจริง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของฉายรัตน์และทศพรพิทักษ์กุล (2560) ที่รายงานว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เป็นระบบช่วยเพิ่มความมั่นใจและความพึงพอใจของ

พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน[18] และสอดคล้องกับการศึกษาในระดับนานาชาติของ Kleinpell et al. (2013) ที่พบว่าการมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ[8] นอกจากนี้ การให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและลดความวิตกกังวลของญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2021) ที่รายงานว่าการใช้ clinical nursing pathway ที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการในทุกด้าน[19]

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าการพัฒนาแผนการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจนและอิงหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถยกระดับคุณภาพกระบวนการพยาบาลและส่งเสริมผลลัพธ์เชิงบวกในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในบริบทโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ควรดำเนินการวิจัยในรูปแบบ randomized controlled trial ที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและครอบคลุมหลายโรงพยาบาล รวมถึงควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้านความรุนแรงของโรคแรกรับ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแผนการพยาบาลในระดับที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำ 6 แผนการพยาบาล นี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเพิ่มความเป็นระบบและคุณภาพในการปฏิบัติพยาบาล

- ควรมีการปฐมนิเทศและฝึกอบรมการใช้แผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลเกิดความเชี่ยวชาญและลดภาระงานจากการประเมินที่ซ้ำซ้อน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- การพัฒนารูปแบบการวิจัย: ควรศึกษาในรูปแบบการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบปกปิดสองทาง (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้านระดับความรุนแรงของโรคให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

- การขยายขอบเขตการศึกษา: ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลหลายแห่ง (Multicenter study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและอำนาจในการทดสอบทางสถิติของผลลัพธ์ทางคลินิก

- การติดตามผลระยะยาว: ควรมีการติดตามผลลัพธ์หลังการจำหน่าย (Post-discharge follow-up) เช่น อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ (Readmission rate) หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์จากการใช้แผนการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒนานคร คณะผู้บริหาร และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและพัฒนาระบบ รวมถึงผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ และ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2020). Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al.(2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–10.

3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al.(2016). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med. 2017;43(3):304–77.
4. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al.(2013). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Intensive Care Med. 2013;39(2):165–228.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2565). สถานการณ์โรคติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565.
6. Wanlumkhao W, Rattanamongkolgul D, Ekpanyaskul C.(2525). Performance of early sepsis screening tools for timely diagnosis and antibiotic stewardship in a resource-limited Thai community hospital. Antibiotics (Basel). 2025;14(7):708.
7. Schultz MJ, Dunser MW, Dondorp AM, Adhikari NKJ, Iyer S, Kwizera A, et al.(2017). Current challenges in the management of sepsis in ICUs in resource-poor settings and suggestions for the future. Intensive Care Med. 2017;43(5):612–24.
8. Kleinpell R, Aitken L, Schorr CA.(2013). Implications of the new international sepsis guidelines for nursing care. Am J Crit Care. 2013;22(3):212–22.
9. Wanlumkhao W, Rattanamongkolgul D, Ekpanyaskul C.(2025). Performance of early sepsis screening tools for timely diagnosis and antibiotic stewardship in a resource-limited Thai community hospital. Antibiotics (Basel). 2025;14(7):708.
10. Liu CX, Wang XL, Zhang K, Zhao XD, Zhu JY, Mao EQ, et al.(2021). Study on clinical nursing pathway to promote the effective implementation of sepsis bundle in septic shock. Eur J Med Res. 2021;26(1):69.
11. โรงพยาบาลวัฒนานคร.(2567). รายงานสถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัฒนานคร ปี พ.ศ. 2565–2567. สระแก้ว: โรงพยาบาลวัฒนานคร; 2567.
12. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al.(2011). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2011;39(6):1294–303.
13. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al.(2016). Assessment of clinical criteria for sepsis: for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):762–74.
14. Jiunnot R.(2024). Development of a nursing care model for patients with sepsis in the emergency and forensic department, Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province. Northern Science and Technology Journal. 2024;5(2):50–65.
15. Kosasang N.(2023). Development of a care model for patients with sepsis and documentation using the IPD Paperless program in the inpatient department, Bueng Khong Long Hospital, Bueng Kan Province [research report]. Bueng Kan: Bueng Kan Provincial Public Health Office; 2023.
16. Kiatmannarojn A.(2020). Development of a care model for patients with sepsis at Wapi Pathum Hospital. J Acad Mahasarakham Prov Health Off. 2020;5(9):24–42.
17. Kleinpell R, Ferraro DM, Maves RC, Balch J, Srinivasan L, Posa P, et al.(2022). Surviving Sepsis Campaign: Research Priorities for Nurse and Non-Physician Clinicians. Crit Care Med. 2022;50(2):e191–201.
18. Chayarut P, Tospitakkul S.(2017). Effectiveness of a nursing care model for patients with sepsis. J Nurs Health Care. 2017;35(3):224–31.
19. Liu X, Zhang Y, Liu Z, Wang J.(2021). Effect of a clinical nursing pathway on patient outcomes and satisfaction: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2021;120:103985.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

The Development of a Long-Term Care Model for Dependent Elderly with Complex Conditions: A Case-Based Study case management at Kan Subdistrict Health Promoting Hospital, Sanom District, Surin Province.

(Received: May 1,2026 ; Revised: May 3,2026 ; Accepted: May 6,2026)

มาลินี พริ้งเพราะ[1]
Malinee Pringproh[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเจาะจง Purposive Sampling จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อน จำนวน 4 ราย 2) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 ราย กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวด ข้อติด แผลกดทับ ผู้ป่วยขาดคนดูแล การดูแลความสะอาด ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ นักจัดการสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขยายผลสู่ชุมชน และได้ อสม. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน 154 คน และ 2) โครงการคนตำบลแคนไม่ทอดทิ้งกัน มีการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ โดยทีมหมอครอบครัว /อสม./จิตอาสา/ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ปรึกษาแพทย์ทางไลน์ เป็นรายกรณี จัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชน จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นดูแลผู้ป่วย มีคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นคนในชุมชนเพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของ ภายหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, ภาวะพึ่งพิง, ปัญหาซับซ้อน, การจัดการรายกรณี, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This Participatory Action Research (PAR) study aimed to develop a case management model for long-term care of dependent and complex elderly individuals. Purposive sampling was used to select two groups: 1) four dependent and complex elderly individuals, and 2) 24 relevant network partners. The research process was divided into four phases: preparation, situation study and model development, pilot testing, and evaluation. Quantitative and qualitative data were collected and analyzed using the Wilcoxon matched pairs signed ranks test.

The research findings indicated that health problems among the patients included pain, joint stiffness, pressure ulcers, lack of caregivers, inadequate hygiene, and insufficient funding. Community participation activities included: 1) a training workshop for health managers in caring for the elderly, disabled, and chronically ill patients, which was extended to the community, resulting in 154 volunteer community health workers caring for patients in the community; and 2) the "People of Tambon Kan Don't Abandon Each Other" project, which involved integrated home visits by a family doctor team. Community health volunteers,

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์, Corresponding author: Malinee Pringphra Email: linee007@hotmail.com

community leaders, and local officials participated in the program. During the third week of the month, case-by-case consultations with doctors via LINE were conducted. A fund for end-of-life care was established using donations from the community. Necessary equipment for patient care was procured, and a community-based management committee was formed to foster a sense of ownership. Following the implementation of the model, there was no statistically significant difference (p>0.05) in the average quality of life scores of the elderly before and after the intervention.

Keywords : Long-term elderly care, dependency, complex issues, case management, participation

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งหมายความว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ซึ่งต้องการการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับกลุ่มประชากรดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ [1] จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ร้อยละ 19.5,ปี 2566 ร้อยละ 20.1, และปี 2567 ร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด[2] ในกลุ่มนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 10.2 ในปี 2565 ร้อยละ 10.3 ในปี 2566, และ ร้อยละ 10.4 ในปี 2567 และผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ร้อยละ 4.1 ในปี 2565 ร้อยละ 4.2 ในปี 2566 และ ร้อยละ 4.3 ในปี 2567 [3,4] การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) พบว่าในปี 2565- 2567 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 65,63 และ 60 ตามลำดับ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 25, 26และ28 ตามลำดับ ,และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 10,11และ12 ตามลำดับ พบว่า แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 12 ในปี 2567 แนวโน้มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุที่กลุ่มติดสังคมมีแนวโน้มลดลง จังหวัดสุรินทร์ พบผู้สูงอายุ ในปี 2565 ร้อยละ 19.5,ปี 2566 ร้อยละ 20.1 และปี 2567 ร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) พบว่าในปี 2565- 2567 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 66 ร้อยละ 64 และ ร้อยละ 62 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 24 ร้อยละ 26 และร้อยละ27 ตามลำดับ และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 10 ร้อยละ 10 และร้อยละ 11 ตามลำดับซึ่งข้อมูลดังกล่าวพบว่าแนวโน้มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับทั่วโลก [5,6,7,8]

อำเภอสนม เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์มีประชากรในพื้นที่ตามทะเบียนราษฎร์ ในปี พ.ศ. 2565-2567 ทั้งหมด 43,403, 47,872 ,42,791 คนตามลำดับ มีผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ปี 2565-2567 ตามทะเบียนราษฎร์ทั้งหมด จำนวน 8,682, 10,059 และ9,167 คน ตามลำดับ อาศัยอยู่จริง ร้อยละ 79.95 ร้อยละ 70.81 และร้อยละ 79.95 ของประชากรผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎรตามลำดับ ได้มีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) พบว่าในปี 2565- 2567 พบผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ93.38 , 91.24 และ 90.87 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 5.37, 7.30 และ 7.67 ตามลำดับ และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.23, 1.46 และ 1.45 ตามลำดับ ในระดับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนประชากรอาศัยอยู่จริง 3,313 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 860 คน คิดเป็นร้อยละ 25.96 ของประชากรทั้งหมด และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และกำลังก้าวเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ก่อนพื้นที่อื่นในอำเภอสนม การประเมินความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) ในปี 2567 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 797 คน ร้อยละ 92.67 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 58 คน ร้อยละ 6.74 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 5 คน ร้อยละ 0.58 จากการสำรวจข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากภาวะทางร่างกาย จิตใจ หรือโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน[9]) จำนวน 66 คน (ร้อยละ 7.64) โดยแบ่งเป็น กลุ่ม1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 75.75) กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 16.67) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 7.57) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมีการเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 107 คน ร้อยละ 12.44 โรคเบาหวาน จำนวน 94 คน ร้อยละ 10.93 และมีโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว จำนวน 59 คน ร้อยละ 6.86 และในจำนวนนี้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และมีภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น โรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ยาก ภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทาง [10] จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 6.06) ซึ่งต้องได้รับการดูแลแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงธรรมดา และผู้สูงอายุทั่วไป ที่ใช้วิธีการดูแลระยะยาวตามปกติ เพราะสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ดังกล่าวนี้ ย่อมส่งผลต่อพลังสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยตรง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวัน

ผลกระทบจากแนวโน้ม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีคะแนน ADL ลดลง ทำให้ภาระของระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น [11] ความต้องการด้านบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ จำนวน Care Manager และ Care Giver ต้องเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับกลุ่มพึ่งพิงปานกลางและกลุ่มพึ่งพิงมาก [12] ตลอดทั้งผลกระทบต่อครอบครัว ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น และมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านสวัสดิการและเงินช่วยเหลือ [13] ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การขยายสวัสดิการด้านสุขภาพและการเพิ่มเงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลได้โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ควรมีการจัดตั้ง ศูนย์ดูแลระยะยาวในทุกเขตพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุ[14] สามารถรับบริการดูแลใกล้บ้าน ลดภาระของครอบครัว [15] ควรสนับสนุนการใช้ เทคโนโลยี AI และระบบดูแลทางไกล (Telemedicine) ในการติดตามสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน [16]จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 [17] อัตราความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อบริการดูแลสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 82.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ดำเนินการมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างดี [18] แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ จำนวนแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้การให้บริการดูแลสุขภาพไม่ทั่วถึง [19] งบประมาณไม่เพียงพอต่อการขยายบริการดูแล ทำให้ไม่สามารถพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือเพิ่มอุปกรณ์และบุคลากรที่จำเป็นได้ [20] การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับท้องถิ่นยังไม่เข้มแข็งพอ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง [21] ผลกระทบของโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวทางใหม่ มีสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถ

ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น [22] แนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงและมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนมากขึ้น [23]หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายสามารถให้บริการผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและทั่วถึงมากขึ้น [24] ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ เนื่องจากสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น [25]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ได้นำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมาขับเคลื่อน (Policy implementation) การดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในปี 2567 จากการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน ได้ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จัดทำโครงการอบรมและอบรมฟื้นฟูผู้ดูแลสูงอายุ (Care giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง จัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลแคน ประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับอำเภอ เช่นสาธารณสุขอำเภอสนม พัฒนาชุมชนตำบลแคน ระดับตำบลเช่น นายกเทศมนตรีตำบลแคน ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพของเทศบาลตำบลแคน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน กำนันตำบลแคน ในระดับชุมชน เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อสม. ครอบครัวผู้สูงอายุ และ ตัวผู้สูงอายุเอง เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบาย Long Term Care ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนมีคุณภาพเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ซึ่งมีจำนวนน้อย แต่ใช้องค์ความรู้ ทรัพยากร และภาคีเครือข่ายที่ต้องร่วมด้วยช่วยกันอย่างมาก แต่ยังพบปัญหาเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านๆมาทั้งในด้านบุคลากร ค่าใช้จ่าย ภาคีเครือข่าย และด้านอื่นๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน:การจัดการรายกรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ตลอดทั้ง ครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ caregivers ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความสุขและได้รับความคุ้มครองจากสังคม ตลอดจนสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางรูปแบบการพัฒนางานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนเป็นรายกรณี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนเป็นรายกรณี

3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในด้านการเพิ่มคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการลดปัญหาซับซ้อนในผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อน โดยผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน (ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน) จำนวน 4 คน เพื่อพัฒนารูปแบบ และกลุ่มที่ 2 ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน จำนวน 24 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเจาะจง: Purposive Sampling จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อนมีคะแนน ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน และกลุ่มผู้ดูแลเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ภาคีเครือข่าย เป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดการหรือดูแลสุขภาพในชุมชน จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่จะพัฒนารูปแบบ จำนวน 4 คนและกลุ่มที่ 2 คือ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน จำนวน 24 คน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุครอบครัวละ 1 คน จำนวน 4 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน นายกเทศมนตรีตำบลแคน จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลแคน จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน จำนวน 1 คน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อนอาศัยอยู่ จำนวน 3 คน ตัวแทน อสม.จำนวน 5 คน พัฒนาชุมชนตำบลแคน จำนวน 1 คน รวมกลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด 28 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน

(1) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน

(2) มีหลักฐานยืนยันการเจ็บป่วยและมีปัญหาซับซ้อนจริงโดยได้รับการวินิจฉัยแพทย์ ได้แก่ โรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ยาก ภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทาง

(3) อยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน

(4) แพทย์ประจำตัวหรือญาติยินดีให้เข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มที่ 2 ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน

(1) สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุครอบครัวละ 1 คน จำนวน 4 คน

(2) สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน

(3) นายกเทศมนตรีตำบลแคน จำนวน 1 คน

(4) ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลแคน จำนวน 2 คน

(5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน จำนวน 1 คน

(6) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

(7) ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 5 คน

(8) ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อนอาศัยอยู่ จำนวน 3 คน

(9) ตัวแทน อสม.จำนวน 5 คน

(10) พัฒนาชุมชนตำบลแคน จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

(1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ไม่สามารถสื่อสารหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

(2) ไม่อยู่ในพื้นที่เกิน 1 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) แบบสังเกต และ แบบสอบถามความพึงพอใจ

1) แบบสอบถาม (Questionnaire):ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ADL (Barthel Index)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แยกเป็นการประเมินคุณภาพชีวิต การประเมินมิติด้านสังคมและการช่วยเหลือ การประเมินด้านการสนับสนุนจากรัฐ การประเมินด้านสุขภาพจิต การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการปรับปรุงระบบดูแลผู้สูงอายุ

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) แบบบันทึกและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group): ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้บริหาร ผู้ดูแล ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและครอบครัวผู้สูงอายุ

3) แบบสังเกตเพื่อใช้ในการสังเกตพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

4) แบบสอบถามความพึงพอใจ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในส่วนแบบสอบถามได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวงัว และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง ตำบลหัวงัว อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 3.1-3.5 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's Coefficient Alpha) >0.70 แก้ไขตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย (Procedure)

การดำเนินการวิจัยนี้มีขั้นตอนที่ชัดเจนและครอบคลุมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ศึกษาทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เช่น ADL, การดูแลแบบองค์รวม สังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีปัญหาซับซ้อนในพื้นที่ เพื่อนำเข้าในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ตลอดทั้งครอบครัว ผู้รับผิดชอบงานจากเทศบาลตำบลแคน ผู้นำชุมชน อสม. และพัฒนาชุมชนตำบลแคนเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย พัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ เช่น แบบสอบถาม แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ส่งเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และ ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethics Approval)

2) ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยและอาสาสมัคร ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุ เช่น คะแนน ADL, คุณภาพชีวิต และปัญหาที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรและภาคีเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน พัฒนาและออกแบบรูปแบบการดูแล (Development of the Care Model) จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Case-Based Care Plans) แบบองค์รวม รวมถึงการใช้ทรัพยากรในชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงาน จากนั้นทดลองใช้รูปแบบการดูแล

(Implementation of the Care Model) กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลจากครอบครัวผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 3 เดือน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interviews) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับประสบการณ์และผลลัพธ์ของการดูแล การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการจดบันทึก และข้อมูลจากการบันทึกในการสนทนากลุ่ม ทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความพอเพียงและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อสรุป ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความครบถ้วนครอบคลุมเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่ และบุคคล โดยจะดูว่าข้อมูลที่ได้มาจากจุดต่าง ๆ เป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากว่าข้อมูลที่ได้มาเหมือนกันหรือซ้ำๆ กัน ผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้ และเป็นข้อมูลจริงแล้วจึงจะถูกบันทึกข้อมูลได้

3) ระยะทดลองใช้รูปแบบ นำรูปแบบการดูแลไปใช้จริงในพื้นที่
ติดตามและปรับปรุงกระบวนการดูแล

4) ระยะประเมินผลและสรุปผล ประเมินผลหลังใช้รูปแบบในด้าน คะแนน ADL ของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลสรุปบทเรียนและจัดทำข้อเสนอเชิงพัฒนา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์แล้ว

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยแจกจ่ายแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ดูแล: ประเมินความพึงพอใจในบทบาทการดูแล ความต้องการการสนับสนุน ครอบครัว: ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล ภาคีเครือข่าย: การประเมินการทำงานร่วมกันและการสนับสนุน

2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึก: ผู้สูงอายุ: ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแล: ความท้าทายในการดูแล ความต้องการการสนับสนุนภาคีเครือข่าย: ประสบการณ์การทำงานร่วมกัน และข้อเสนอแนะในการพัฒนา การสนทนากลุ่ม (Focus Group): เชิญกลุ่มผู้ดูแลครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมอภิปราย เพื่อรวบรวมมุมมองและข้อเสนอแนะ การสังเกต: ใช้แบบฟอร์มการสังเกตเพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานของผู้ดูแล และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประเมิน ADL (Barthel Index) และระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์แล้วและอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการได้รับและพิจารณา วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่การรับรอง COA No.19/2568 ผู้วิจัยให้ความสำคัญ และตระหนัก

ถึงสิทธิ์ส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบ

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนเป็นรายกรณี พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่พบในผู้ป่วย คือ อาการปวด ข้อติด แผลกดทับ ผู้ป่วยขาดคนดูแล การดูแลความสะอาดไม่ดีพอ ค่าใช้จ่ายในการดูแลไม่เพียงพอ กิจกรรมที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ด้านผู้นำดำเนินกิจกรรมเอง ได้แก่ 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ นักจัดการสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขยายผลสู่ชุมชน พบว่า มีจิตอาสา/อสม.ที่ผ่านการอบรมตามโครงการหมู่บ้านละ 5 คน รวมกับต้นทุนเดิมของ อสม.เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมคนสนมไม่ทอดทิ้งกันดูแลสัมพันธ์ต่อเนื่องโดยหมอครอบครัวหมู่บ้านละ 2 คน รวม 154 คน 2) โครงการคนตำบลแคนไม่ทอดทิ้งกัน เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ติดเตียง) พบว่า มีการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ โดยทีมหมอครอบครัว /อสม./จิตอาสาที่ผ่านการอบรม/ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน consult แพทย์ทางไลน์ coc หากพบผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ข้อติด ปัญหาเรื่องยา แผลกดทับ จะประสานและส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสนม คลินิกอุ่นใจทุกวันอังคาร บ่าย เป็นรายกรณี จากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิด อสม./จิตอาสา ผ่านการอบรม 154 คน ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ รวมทั้งแจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ส่งผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่าน ไลน์ (Line) ผู้นำตำบลแคนจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเกิดผลลัพธ์ในการดำเนินงาน คือ กองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตำบลแคน ซึ่งเกิดจากศรัทธาอาสาช่วยเหลือสังคมของคนตำบลแคน เงินบริจาคบุญประทายข้าวเปลือก มีอุปกรณ์ คือถังออกซิเจน เสาน้ำเกลือ แพมเพิส Walking ที่นอนลม ดึงชุมชนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนเพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของ ในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัยมีผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ใช้บริการกองทุน 4 case ประกอบด้วย Case ที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากทีมหมอครอบครัวตำบลแคนหลังจากกลับจาก รพ.สุรินทร์ แพทย์ที่ รพ.สุรินทร์นัดติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เคมีบำบัดครั้งที่ 2 ในวันที่ 1 ตุลาคม 2568 แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปตามนัดเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ญาติจึงไม่ได้พาไปรับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่รพ.สต.แคน อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน หลังจากออกจาก รพ.ผู้ป่วยก็ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.แคน จากคลินิกอุ่นใจ รพ.สนม และกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สนับสนุนถังออกซิเจน และวันที่ 25 ตุลาคม 2568 ผู้ป่วยก็ได้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี case ที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.แคน, อสม.ที่รับผิดชอบ, ทีมหมอครอบครัว อย่างน้อยเดือนละครั้ง และได้รับการสนับสนุนที่นอนลมจากกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตำบลแคน เพื่อป้องกันแผลกดทับ ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการทรงตัว สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีแผลกดทับ ญาติมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยได้ case ที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.แคน ,อสม.ที่รับผิดชอบ, ทีมหมอครอบครัว และกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตำบลแคน อย่างน้อยเดือนละครั้ง ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการทรงตัว สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีแผลกดทับ พูดคุยรู้เรื่อง บอกความต้องการของตัวเองได้ แขนข้างที่ดี สามารถทำตามคำสั่งได้ ยกแขน ยกขาได้ ส่วนข้างที่อ่อนแรง หดเกร็งกล้ามเนื้อและยกแขน ขา ขึ้นได้เล็กน้อย ญาติมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยได้ case ที่ 4 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.แคน , อสม.ทีมหมอครอบครัว อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับเครื่องผลิตออกซิเจนจาก รพ.สนม มาใช้ที่บ้าน 1 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นมีอาการปวดมากขึ้น นอนพักผ่อนไม่ได้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น และ

เสียชีวิตในวันที่ 15 มกราคม 2569 ด้วยโรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 การใช้รูปแบบ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 37.5 อายุเฉลี่ย 61.67 ปี (SD = 18.23) อายุมากสุด 91 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.2 รายได้เฉลี่ย 4,941.67 บาท (SD = 1,838.45) ผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน

ข้อมูลประเมิน ADL (Barthel Index) ก่อนใช้รูปแบบ พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร (Feeding) ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ ร้อยละ 29.2 ด้าน Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) ร้อยละ 100 ด้าน Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 12.5 ทำได้เอง ร้อยละ 29.2 ด้าน Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย ร้อยละ 29.1 ด้าน Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 33.3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง ร้อยละ 29.2 ด้าน Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้) ร้อยละ 33.3 ด้าน Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ไม่สามารถทำได้ ร้อยละ 12.5 ด้าน Bathing (การอาบน้ำ) อาบน้ำเองได้ ร้อยละ 95.8 ด้าน Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระ) กลั้นได้เป็นปกติ ร้อยละ 16.7 และด้าน Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) กลั้นได้เป็นปกติ ร้อยละ 8.3

หลังใช้รูปแบบ พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร (Feeding) ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ ร้อยละ 41.7 ด้าน Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) ร้อยละ 100 ด้าน Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 45.8 ทำได้เอง ร้อยละ 16.7ด้าน Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย ร้อยละ 16.7 ด้าน Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 54.2 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง ร้อยละ 16.7 ด้าน Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้) ร้อยละ 16.7 ด้าน Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ไม่สามารถทำได้ ร้อยละ 54.2 ด้าน Bathing (การอาบน้ำ) อาบน้ำเองได้ ร้อยละ 58.3 ด้าน Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระ) กลั้นได้เป็นปกติ ร้อยละ 25.0 และด้าน Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) กลั้นได้เป็นปกติ ร้อยละ 12.5

การประเมิน ADL (Barthel Index) พบว่า ด้านที่ดีขึ้น คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะ (เล็กน้อย) ด้านการเคลื่อนย้าย (ดีขึ้นในระดับลดการพึ่งพา)

ด้านที่คงที่ คือ ด้าน Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด)

ด้านที่ถดถอย (สำคัญ) คือ ด้าน Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ด้าน Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ด้าน Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ด้านBathing (การอาบน้ำ) และด้านToilet use (ใช้ห้องน้ำ) เล็กน้อย

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ด้านคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 (19.13, SD = 3.57) หลัง

การทดลอง พบว่ามีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0 (Mean = 19.21, SD = 3.02) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=11.95, Sum of Ranks=119.50) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

ด้านสังคมและการช่วยเหลือ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการช่วยเหลือทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 (Mean = 40.71, SD = 5.69) หลังการทดลอง พบว่ามีการช่วยเหลือทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 (Mean = 42.54, SD = 5.87) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยมิติสังคมและการช่วยเหลือหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=11.36, Sum of Ranks=159.00) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมิติสังคมและการช่วยเหลือ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

ด้านการสนับสนุนจากรัฐ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการสนับสนุนจากรัฐ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.8 (Mean = 20.08, SD = 21.45) หลังการทดลอง พบว่ามีการสนับสนุนจากรัฐ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.8 (Mean = 20.00, SD = 2.65) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนจากรัฐหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=11.22, Sum of Ranks=130.00) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนจากรัฐ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

ด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 (Mean = 27.87, SD = 4.87) หลังการทดลอง พบว่ามีสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.8 (Mean = 28.42, SD = 3.14) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=14.44, Sum of Ranks=160.50) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 (Mean = 27.87, SD = 4.87) หลังการทดลอง พบว่ามีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.7 (Mean = 28.42, SD = 3.14) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=15.05, Sum of Ranks=165.50) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนเป็นรายกรณี พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น อาการปวด ข้อติด แผลกดทับ การขาดผู้ดูแล และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสะท้อนลักษณะปัญหาแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม การนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ โดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. และจิตอาสาให้เป็น “นักจัดการสุขภาพ” ร่วมกับทีมหมอครอบครัว และการจัดระบบเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งการจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนทรัพยากรในพื้นที่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลระยะยาวแบบองค์รวม [26] และการศึกษาของ บุญเลิศ และคณะ [27] ที่พบว่า การมีส่วนร่วม

ของชุมชนและการพัฒนาศักยภาพ อสม. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เช่น Line ในการประสานงานและปรึกษาแพทย์ ยังช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล สอดคล้องกับ ศิริพร และคณะ [28]

ส่วนที่ 2 การใช้รูปแบบ พบว่า ความสามารถในการทำ ADL ของผู้สูงอายุมีทั้งด้านที่ดีขึ้น คงที่ และถดถอย โดยด้านที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การควบคุมการขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย ในระดับลดการพึ่งพา สะท้อนว่ารูปแบบการดูแลสามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเองในกิจกรรมพื้นฐานได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea Orem (Orem, 2544) และการศึกษาของ พิมพ์ชนก และคณะ [29] ที่พบว่า การสนับสนุนและฝึกทักษะการดูแลตนเองช่วยเพิ่มความสามารถใน ADL

อย่างไรก็ตาม พบว่ากิจกรรมที่ต้องใช้สมรรถภาพทางกาย เช่น การเคลื่อนที่ การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ และการแต่งกาย มีแนวโน้มถดถอย ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดของรูปแบบที่ยังไม่ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างเข้มข้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร และคณะ [30] ที่ระบุว่า การขาดการออกกำลังกายหรือกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุลดลง รวมทั้งแนวคิดของ Sidney Katz (Katz, 2506) ที่อธิบายว่ากิจกรรมที่ซับซ้อนจะเสื่อมก่อนกิจกรรมพื้นฐาน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบ แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาและขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกมิติสะท้อนว่ารูปแบบการดูแลมีผลเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ และคณะ [31]

เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า ด้านสังคมและการช่วยเหลือมีแนวโน้มดีขึ้น สะท้อนบทบาทของเครือข่ายชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคม [32] และการศึกษาของ กัญญารัตน์ และคณะ [33] ด้านการสนับสนุนจากรัฐคงที่ในระดับสูง สะท้อนการเข้าถึงสิทธิพื้นฐานของผู้สูงอายุ [34] ขณะที่ด้านสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง [35, 36]

โดยภาพรวม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ World Health Organization ที่มองคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์จากหลายมิติที่เชื่อมโยงกัน ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาอย่างบูรณาการ

ดังนั้น รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในด้านการบูรณาการภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในบางด้าน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะสั้น ซึ่งควรมีการเสริมโปรแกรมออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อนการจัดการรายกรณี ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ดำเนินการควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ บุคลากร และความร่วมมือในระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องและศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวนานขึ้น เพื่อประเมินความยั่งยืน ของรูปแบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ดูแล ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ สาธารณสุขอำเภอสนม ที่ปรึกษาวิจัย คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนที่ให้การสนับสนุน

ผู้วิจัยขอกล่าวขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่ได้กล่าวถึง มา ณ ที่นี้ ที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย.(2567). แนวทางการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). รายงานประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติแห่งชาติ
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2567 กรุงเทพฯ: สปสช.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). รายงานภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2567). รายงานการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปี 2567. สุรินทร์: สสจ.สุรินทร์
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2565). สถิติภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ ปี 2565. สุรินทร์: สสจ. สุรินทร์; 2565.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2566). รายงานผลการติดตามภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ปี 2566. สุรินทร์: สสจ. สุรินทร์
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2565). รายงานสรุปภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ปี 2567. สุรินทร์: สสจ.สุรินทร์
9. กรมการแพทย์.(2567). นิยามและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;
10. กรมการแพทย์.(2567). นิยามและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อน ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
11. กรมอนามัย.(2567). รายงานผลการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). แนวทางการพัฒนาระบบ Care Manager และ Care Giver เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพฯ: สปสช.
13. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). รายงานผลกระทบของภาวะพึ่งพิงต่อครอบครัวผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
14. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง.(2567). ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง
15. กรมอนามัย.(2567). แนวทางการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
16. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). รายงานการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2567. กรุงเทพฯ: สปสช.
18. กรมสุขภาพจิต.(2567). รายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อบริการดูแลสุขภาพ ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
19. กรมการแพทย์.(2567). รายงานสถานการณ์บุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข

20. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). งบประมาณด้านการดูแลผู้สูงอายุและข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
21. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.(2567). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ: รายงานการศึกษา ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
22. กรมสุขภาพจิต.(2567). ผลกระทบของโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
23. กรมการแพทย์.(2567). รายงานภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). รายงานผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ปี 2567. กรุงเทพฯ: สปสช.
25. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). รายงานความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลสุขภาพ ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
26. กรมอนามัย.(2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
27. บุญเลิศ ใจดี, และคณะ.(2565). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2565;18(2):45-58.
28. ศิริพร ทองสุข, และคณะ.(2566). การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2566;30(2):12-25.
29. พิมพ์ชนก ศรีสุข, และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อ ADL ผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(2):45-58.
30. วิไลพร แสงทอง, และคณะ.(2566). ผลของโปรแกรมออกกำลังกายต่อสมรรถภาพผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2566;30(3):67-80.
31. จิราภรณ์ ใจดี, และคณะ.(2565). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565;40(2):55-68.
32. ประเวศ วะสี.(2563). ทุนทางสังคมกับระบบสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2563.
33. กัญญารัตน์ ศรีสุข, และคณะ.(2564). การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;18(1):34-46.
34. สุเมธ พงศ์สวัสดิ์, และคณะ.(2566). การเข้าถึงสิทธิสุขภาพกับคุณภาพชีวิต. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ. 2566;17(2):89-102.
35. พัชรี อินทร์งาม, และคณะ.(2565). ปัจจัยด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;29(3):120-134.
36. นฤมล บุญมี, และคณะ.(2564). สิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลชุมชน. 2564;15(2):70-82.

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยา ต่อความวิตกกังวล ความปวดและความพึงพอใจ

The Effects of a Transitional Care Program for Patients Undergoing Colposcopy on Anxiety, Pain and Satisfaction.

(Received: June 2,2026 ; Revised: June 5,2026 ; Accepted: June 7,2026)

รินณารา สายเมฆ[1]
Rinnara Saimek[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล ระดับความปวด และความพึงพอใจ ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย ที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติและได้รับการนัดมาตรวจส่องกล้องทางนรีเวชวิทยาเป็นครั้งแรก ณ คลินิกนรีเวช กรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ จำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย และกลุ่มควบคุม 21 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง โปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการส่อง กล้อง ระยะวันส่องกล้อง ระยะหลังการส่องกล้อง และระยะติดตามผล เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลของสปิล เบอร์เกอร์ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ตรวจสอบ ความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .94, .85 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง พรรณนาและการทดสอบที (independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความ วิตกกังวลต่อสถานการณ์ (M=33.90, SD=5.700) และความวิตกกังวลประจำตัว (M=39.67, SD=4.151) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร ด้านการเข้าถึงบริการ และด้านความสามารถเชิงวิชาชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนระดับ ความปวดหลังทำหัตถการของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.124)

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่าน, การส่องกล้องทางนรีเวชวิทยา, ความวิตกกังวล, ความปวด, ความพึงพอใจ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare anxiety, pain, and satisfaction between an experimental group receiving a transitional care program and a control group receiving standard nursing care. The sample consisted of 42 women with abnormal cervical cancer screening results who were scheduled for their first colposcopy at the Gynecology Clinic, Warin Chamrap Hospital, divided into an experimental group (n=21) and a control group (n=21) by purposive sampling. The transitional care program was developed based on Meleis's Transition Theory and consisted of four phases: pre-procedure, procedure day, post-procedure, and follow-up. Data were collected using the Thai version of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, the Numeric Rating Scale for pain, and a nursing service satisfaction questionnaire, with Cronbach's alpha reliability coefficients of .94, .85, and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly lower state anxiety (M=33.90, SD=5.700) and trait anxiety scores (M=39.67, SD=4.151) than the control group (p<.001), and higher satisfaction scores in all three dimensions—caring concern, service accessibility, and professional competence—

[1] พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกนรีเวชกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (E-mail: rinnara.saimek11@gmail.com)

than the control group (p<.001). However, post-procedure pain levels did not differ significantly between the two groups (p=.124).

Keywords: Transitional Care Program, Colposcopy, Anxiety, Pain, Satisfaction

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับ 4 ในสตรีทั่วโลก ปี ค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 660,000 ราย และเสียชีวิต 350,000 ราย สาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human papillomavirus (HPV) สายพันธุ์ 16 และ 18[1] สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม[2]

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำช่วยให้สตรีรอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 70 และลดอัตรา ตายได้ ร้อยละ 55[1] เมื่อผลตรวจ คัดกรองผิดปกติ ตั้งแต่ระดับ Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US) ขึ้นไป หรือพบเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูง แพทย์จะแนะ นำให้ตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยา (colposcopy)[3]

การส่องกล้องทางนรีเวชวิทยาเป็นหัตถการที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในผู้ที่มาตรวจครั้งแรก การศึกษาของ Wittenborn และคณะ[4] พบว่าผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกมีระดับความวิตกกังวลสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ketelaars และคณะ[5] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมาตรวจคอลโปสโคปครั้งแรกมีระดับความวิตกกังวลก่อนการส่องกล้องสูงกว่าหลังการส่องกล้อง และมีระดับความปวดที่คาดการณ์ล่วงหน้าสูงกว่าระดับความปวดจริง สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลตามรูปแบบบริการคลินิกคอลโปสโคปมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ[6] และผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเซลล์ปากมดลูกผิดปกติมีความวิตกกังวลก่อนการส่องกล้องอยู่ในระดับปานกลาง[7]

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis's Transition Theory) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงของบุคคลจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในแต่ละช่วงของชีวิต หากบุคคลสามารถเข้าใจสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน รับรู้ปัจจัยและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องดี ย่อมเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะใหม่และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ทฤษฎีประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านรูป แบบการตอบสนอง และการบำบัดทางการ พยาบาล[8]

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยา สตรีที่มีสุขภาพแข็งแรงเมื่อทราบว่ามีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกและต้องเข้ารับการส่องกล้องจะเกิดการเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพกลายเป็นผู้ป่วยนรีเวชส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวความปวดจากหัตถการ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านที่ดี โดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง คือ ลดความวิตกกังวล สามารถจัดการความปวด และเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาล[8,9]

คลินิกนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2565-2567 จำนวน 337, 451, 452 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มการมารับ บริการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยาเพิ่มขึ้นปัญหา ที่พบคือ ผู้ป่วยมักสอบถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวซ้ำ ๆ และมีความวิตกกังวลเกี่ยว กับความปวด อีกทั้งจากการสืบค้นหลักฐานเชิง ประจักษ์ยังไม่มีแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีของเมลิส เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล ระดับความปวด และความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง

ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกผิดปกติและได้รับการนัดมาตรวจด้วยการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยา ณ คลินิกนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 อ้างอิงงานวิจัย ของวารินทร์ โชติปฏิเวชกุล[7] กำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.9 อำนาจการ ทดสอบ 0.8 ระดับนัย สำคัญทางสถิติ .05 ได้ขนาด ตัวอย่างทั้งหมด 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย และกลุ่มควบคุม 21 ราย สุ่มเข้ากลุ่มโดย สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 และ 4 เป็นกลุ่มทดลอง คัดเลือก ตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ สตรีอายุ 30-60 ปี มีผลตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASC-US ขึ้นไป หรือพบเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16/18 ได้รับการนัด ส่องกล้องครั้งแรก สื่อสาร ภาษาไทยได้ดี และยินดี เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ คัดออก ได้แก่ มีการติดเชื้อ ในช่องคลอดที่ต้องรักษาก่อน มีประจำเดือน วันนัดตรวจ มีประวัติผ่าตัดปากมดลูกหรือมดลูก ตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ มีประวัติเจ็บป่วย ทางจิตเวชและไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม ได้ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการ ดูแลแบบเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส ประกอบด้วย แผนการสอน สื่อวิดิทัศน์ แผ่นพับ และการติดตามทางโทรศัพท์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะก่อนการส่องกล้อง 1-2 สัปดาห์ ก่อนวันนัด ใช้เวลา 30-45 นาที (2) ระยะวัน ส่องกล้อง สร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจ ใช้ เทคนิคการหายใจและผ่อนคลาย (3) ระยะหลัง การส่องกล้อง อธิบายผลการตรวจเบื้องต้น การ ปฏิบัติตัวหลังการตรวจ และ (4) ระยะติดตามผล 1 สัปดาห์หลังการตรวจทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 10-15 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบ ประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของสปิลเบอร์เกอร์ฉบับภาษา ไทย[10] แบ่งเป็น STAI Form Y-1 (วัดความวิตก กังวลต่อสถานการณ์) 20 ข้อ และ STAI Form Y-2 (วัดความวิตกกังวลประจำตัว) 20 ข้อ มาตรวัด 4 ระดับ คะแนนรวม 20-80 คะแนน (3) แบบ ประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) คะแนน 0-10 และ (4) แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนุเจริญกุล[11] จำนวน 15 ข้อ มาตรวัด 5 ระดับ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ความ ห่วงใยเอื้ออาทร การเข้าถึงบริการ และความ สามารถเชิงวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมและเครื่องมือเก็บข้อมูลให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ สูตินรีเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลเท่ากับ .94 แบบประเมินความปวดเท่ากับ .85 และแบบสอบถามความพึงพอใจเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของคลินิก ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่าน ทั้งสองกลุ่มประเมินความวิตกกังวลและความปวดก่อนทำหัตถการและหลังทำ

หัตถการประเมินซ้ำพร้อมความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-05.019วันที่รับรอง29 พฤษภาคม พ.ศ.2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 42 ราย ส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 40.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.1) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) จบการ ศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 35.7) มีรายได้ เฉลี่ยของครอบครัว 5,001-25,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 64.3) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 28.6) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมาก่อน (ร้อยละ 76.2) ไม่เคยมีประสบ การณ์การตรวจภายใน (ร้อยละ 71.4) ไม่เคยได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องทางนรีเวชวิทยามาก่อน (ร้อยละ 97.6) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 97.6)

ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวล ความปวด และความพึงพอใจ

ก่อนทำหัตถการทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (STAI Y-1) และความวิตกกังวลประจำตัว (STAI Y-2) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังทำหัตถการ กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (M=33.90, SD=5.700) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (M=54.24, SD=7.063) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=10.266, p<.001) และความวิตกกังวลประจำ ตัวของกลุ่มทดลอง (M=39.67, SD=4.151) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (M=51.81, SD=6.867) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=6.934, p<.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังทำหัตถการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=42)

ตัวแปร	กลุ่ม	M	SD	t (p)
Y-1 ก่อน	ทดลอง	57.95	7.187	-.994
	ควบคุม	55.76	7.092	(.163)
Y-1 หลัง	ทดลอง	33.90	5.700	10.266
	ควบคุม	54.24	7.063	(<.001)
Y-2 ก่อน	ทดลอง	52.00	6.205	-.023
	ควบคุม	51.95	7.159	(.491)
Y-2 หลัง	ทดลอง	39.67	4.151	6.934
	ควบคุม	51.81	6.867	(<.001)

ผลการเปรียบเทียบความปวด พบว่าก่อนทำหัตถการทั้งสองกลุ่มมีระดับความปวดที่คาดการณ์ไว้ไม่แตกต่างกัน (p=.376) โดยอยู่ในระดับปวด ปานกลางหลังทำหัตถการทั้งสองกลุ่มมีระดับความปวดจริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.172, p=.124) โดยอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ความปวดจริงของทั้งสองกลุ่มต่ำกว่าความปวดที่คาดการณ์ไว้มาก โดยกลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 78.7 และกลุ่มควบคุมลดลงร้อยละ 72.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังทำหัตถการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=42)

ความปวด	กลุ่ม	M	SD	t (p)
ก่อนตรวจ	ทดลอง	7.14	1.315	-.318
	ควบคุม	7.00	1.581	(.376)
หลังตรวจ	ทดลอง	1.52	0.814	1.172
	ควบคุม	1.95	1.465	(.124)

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ทุกด้านโดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (คะแนน 4.1-5.0) ทุกด้าน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนน 3.1-4.0) ด้านความสามารถ เชิงวิชาชีพมีคะแนนสูงสุด (M=4.88) รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงบริการ (M=4.83) และด้านความ ห่วงใยเอื้ออาทร (M=4.82) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลหลังทำหัตถการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=42)

ด้านความพึงพอใจ	กลุ่ม	M	SD	t (p)
ห่วงใยเอื้ออาทร	ทดลอง	4.82	0.293	-7.738
	ควบคุม	3.94	0.426	(<.001)
เข้าถึงบริการ	ทดลอง	4.83	0.369	-7.845
	ควบคุม	3.96	0.350	(<.001)
เชิงวิชาชีพ	ทดลอง	4.88	0.312	-8.113
	ควบคุม	4.00	0.387	(<.001)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเปลี่ยนผ่านมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมเน้นการ ให้ความรู้ อย่างเป็นระบบ การเตรียมความพร้อม ด้านร่างกายและจิตใจรายบุคคล และการติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนัก รู้และเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัว รับมือกับหัตถการได้ดี การสอนเทคนิคการผ่อน คลายและการหายใจลึกระหว่างการส่องกล้อง พร้อมอธิบายขั้นตอนเป็นระยะ ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเมลิสที่ว่า การส่งเสริม ให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านทำให้ผู้ป่วยพร้อมปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง [9] และสอดคล้องกับการศึกษาของวารินทร์ โชติปฏิเวชกุล[7] ที่พบว่าการให้คำปรึกษาสามารถ ลดความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Ketelaars และคณะ[5] ที่พบว่าการ ให้ข้อมูลผ่านวิดีทัศน์สามารถลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงได้ ตลอดจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wittenborn และคณะ[4] ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มาตรวจครั้ง แรกมีความวิตกกังวลสูงที่สุด บุคลากรทางการแพทย์ จึงควรให้ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน การตรวจอย่างละเอียดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ระดับความ ปวดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากความปวดจากการส่องกล้อง ทางนรีเวชวิทยาเป็นความปวดเฉียบพลันที่มีความรุนแรงน้อย ความปวดที่ผู้ป่วยรายงานก่อนทำ หัตถการเป็นการคาดการณ์จากประสบการณ์ที่คลาดเคลื่อนและการรับรู้ที่คาดการณ์ความปวดล่วงหน้า ซึ่งทั้งสองกลุ่มต่างมีความปวดจริงต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Wittenborn และคณะ[4] ที่พบว่าผู้ป่วยที่มา ส่องกล้องครั้งแรก มีการคาดการณ์ความปวดสูงกว่าความกลัวผลการวินิจฉัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ketelaars และคณะ[5] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทาง นรีเวชวิทยาครั้งแรกมีระดับความปวดที่คาดการณ์ล่วงหน้าสูงกว่าระดับความปวดจริงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความกังวล เกี่ยวกับความปวดมากเกินความจำเป็น พยาบาล จึงควรให้ข้อมูลเพื่อปรับการรับรู้ความปวดที่คาดการณ์ของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงความเป็นจริง

ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมมีการวางแผนอย่างเป็นระบบให้ข้อมูลครบถ้วนชัดเจน ใช้สื่อวิดิทัศน์และแผ่นพับประกอบ มีการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนการตรวจถึงการติดตามผลพยาบาลให้กำลังใจและอธิบายขั้นตอนระหว่างการตรวจมีการนัดหมายและติดตามอาการทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ มั่นใจในความรู้และความเชี่ยวชาญของพยาบาล สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา ชูโชติ และสุวิณี วิวัฒน์วา

นิช[6] ที่พบว่ารูปแบบการบริการพยาบาล ที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้อง กับการศึกษาของ Mah และคณะ[12] ที่พบว่าการดูแลโดยพยาบาลอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มความพึงพอใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในคลินิกนรีเวชกรรมของโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยเฉพาะใน ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจครั้งแรกและไม่เคยมีประสบการณ์การตรวจภายในมาก่อน

2) พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดที่อาจเกิดขึ้นจริงเพื่อลดความ วิตกกังวลล่วงหน้า เนื่องจากผู้ป่วยมักคาดการณ์ ความปวดสูงกว่าความเป็นจริง

3) การสอนเทคนิคการผ่อนคลายและการหายใจลึกควรเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและในหลายสถานที่เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปอ้างอิงควรศึกษาผลระยะยาวต่อพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดและพัฒนาสื่อให้ความรู้ในรูปแบบดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลรามาธิบดี อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านที่ให้คำแนะนำในการตรวจสอบเครื่องมือ ผู้บริหารโรงพยาบาลวารินชำราบ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่อนุญาตและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยตลอดจนผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cervical cancer 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: https://www.nci.go.th
3. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, วีรวุฒิ อิ่มสำราญ. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์; 2561.
4. Wittenborn J, Wagels L, Kupec T, Iborra S, Najjari L, Stickeler E. Anxiety in women referred for colposcopy: a prospective observational study. Arch Gynecol Obstet 2021;1-6. doi: https://doi.org/10.1007/s00404-021-06337-8
5. Ketelaars PJW, Buskes MHM, Bosgraaf RP, van Hamont D, Prins JB, Massuger LFAG, et al. The effect of video information on anxiety levels in women attending colposcopy: a randomized controlled trial. Acta Oncol 2017;56(12):1728-33.
6. รัตติยา ชูโชติ, สุวิณี วิวัฒน์วานิช. ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลคลินิกคอลโปสโคปต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและอัตราการกลับมาตรวจก่อนนัด. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;16(3):51-9.
7. วารินทร์ โชติปฏิเวชกุล. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2563;28(1):81-91.
8. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, นรลักขณ์ เอื้อกิจ. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(2):238-56.

9. Meleis AI. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010.
10. นันทินี ศุภมงคล. ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
11. นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, สมจิต หนุเจริญกุล. การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2556;17(2):264-77.
12. Mah SJ, Brotto LA, Bryce M, Keast S, Albert A, Lee M. A parallel-group, randomized trial examining impact of colposcopy results delivery by a nurse liaison on patient-reported outcomes and adherence. J Obstet Gynaecol Can 2024;1-7.
13. วิชัย อิทธิชัยกุลฑล, นลินี โกวิทวนาวงษ์, ปิยศักดิ์ วิทยาบูรณานนท์, วรรณวิมล วรรณทอง, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, จิรัศยา ชูอ่องสกุล, และคณะ. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย; 2562.
14. Spielberger CD. State-trait anxiety inventory for adults. Washington (DC): American Psychological Association; 2012. doi: https://doi.org/10.1037/t06496-000

การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย การวิจัยเชิงสังเคราะห์วรรณกรรมขอบเขตกว้าง

Application of Lifestyle Medicine in the Thai Healthcare System: A Scoping Review.

(Received: May 4,2026 ; Revised: May 15,2026 ; Accepted: May 17,2026)

ธีรภัทร วิชิตนาค[1]

Teerapat Vijitanaga[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มุ่งสังเคราะห์วรรณกรรมขอบเขตกว้างเกี่ยวกับสถานการณ์ รูปแบบ และผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบสาธารณสุขไทย โดยดำเนินการตามมาตรฐาน PRISMA-ScR สืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิจากฐานข้อมูล TCI และ Google Scholar ระหว่าง พ.ศ. 2563–2569 คัดเลือกบทความฉบับเต็มที่เกี่ยวข้องกับการใช้ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย จำนวน 20 รายการ เพื่อนำมาสกัดข้อมูลและสังเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยมีการพัฒนาที่ชัดเจนใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านนวัตกรรมดิจิทัล มีการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์และ LINE Application เป็นเครื่องมือหลักในการติดตามพฤติกรรมและให้คำปรึกษาทางไกล ด้านประสิทธิผลทางคลินิก พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลสะสม ความดันโลหิต และเพิ่มการทำงานของไตได้อย่างเป็นรูปธรรม ด้านบริบทวัฒนธรรมและชุมชน มีการบูรณาการร่วมกับวิถีมุสลิม การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และการใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณี และด้านภาวะเฉพาะทาง มีการขยายผลสู่การดูแลภาวะมีบุตรยากและภาวะปริชานบกพร่องในผู้สูงอายุ โดยใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญ

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ระบบบริการสุขภาพไทย, การทบทวนวรรณกรรมขอบเขตกว้าง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การสังเคราะห์วรรณกรรม

Abstract

This study aimed to synthesize broad-scope literature regarding the situations, models, and outcomes of Lifestyle Medicine implementation within the Thai healthcare system. The study was conducted following the PRISMA-ScR guidelines. Primary research articles published between 2020 and 2026 were retrieved from the TCI and Google Scholar databases. Twenty full-text articles related to the six pillars of Lifestyle Medicine in Thailand were selected for data extraction and thematic synthesis. The findings revealed that the implementation of Lifestyle Medicine in Thailand has developed significantly across four dimensions. First, in terms of digital innovation, online platforms and the LINE application were widely utilized for behavior monitoring and tele-coaching. Second, regarding clinical effectiveness, Lifestyle Medicine interventions demonstrated significant improvements in glycated hemoglobin (HbA1c), blood pressure, and estimated glomerular filtration rate (eGFR). Third, in the dimension of cultural and community integration, Lifestyle Medicine was incorporated into Islamic ways of life, monk health promotion programs, and the utilization of Village Health Volunteers (VHVs) as case managers. Finally, in specialized care, Lifestyle Medicine approaches were expanded to infertility management and cognitive impairment care among older adults, emphasizing motivational interviewing and social support as key mechanisms..

Keywords: Lifestyle Medicine, Thai Healthcare System, Scoping Review, Non-communicable Diseases, Evidence Synthesis

[1] นายแพทย์ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลพิมลราช จังหวัดนนทบุรี 11110 ประเทศไทย
Email : teerapat.vjtn@gmail.com

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ[1] ภายใต้บริบทดังกล่าว “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” (Lifestyle Medicine) จึงได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในฐานะแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งจัดการต้นเหตุของโรคผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 6 ด้านสำคัญ ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่มีคุณภาพ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี[2]

แนวคิดดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากในระดับสากล ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถช่วยป้องกันชะลอความรุนแรง และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดการพึ่งพาการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยบางกลุ่ม[3] ในประเทศไทย หน่วยงานด้านสาธารณสุขได้เริ่มผลักดันแนวคิดดังกล่าวเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ทั้งในรูปแบบแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข แนวทางบริการสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบบริการในระดับพื้นที่[4]

แม้ว่าจะมีการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังมีลักษณะกระจัดกระจาย ทั้งในด้านกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการดำเนินงาน กระบวนการจัดบริการ และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทำให้ยังขาดภาพรวมเชิงระบบเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มของการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพไทย[5] นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะกลุ่มประชากร จึงมีข้อจำกัดในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในระดับนโยบายและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมขอบเขตกว้าง (Scoping Review) ตามแนวทาง PRISMA-ScR เพื่อรวบรวมสถานการณ์ รูปแบบการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทไทย สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน Lifestyle Coaching

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจขอบเขตและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
2. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และรูปแบบการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของไทย
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมขอบเขตกว้าง (Scoping Review) เพื่อสำรวจและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยดำเนินการตามแนวทาง PRISMA-ScR เพื่อให้กระบวนการสืบค้น คัดเลือก และสังเคราะห์ข้อมูลมีความเป็นระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ วรรณกรรมวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2569 กลุ่มตัวอย่าง คือ บทความวิจัยปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ซึ่งสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้

และมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย โดยครอบคลุมกลุ่มประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ และกลุ่มประชากรเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการหรือการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย

การกำหนดขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างใช้กรอบแนวคิด PCC Framework ประกอบด้วย Population คือ ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ หรือกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการและการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย Concept คือ การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตตามหลัก 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และ Context คือ ระบบบริการสุขภาพไทย ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ รวมถึงระดับชุมชนและระบบสุขภาพภาคประชาชน

ผู้วิจัยสืบค้นบทความจากฐานข้อมูล Google Scholar และ Thai Journal Online/TCI โดยใช้คำค้น “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” หรือ “Lifestyle Medicine” ร่วมกับคำว่า “ประเทศไทย” หรือ “Thailand” และใช้เทคนิคการสืบค้นขั้นสูงร่วมกับ Boolean Operators ผลการสืบค้นพบบทความทั้งหมด 95 เรื่อง แบ่งเป็น Google Scholar จำนวน 51 เรื่อง และ ThaiJO/TCI จำนวน 44 เรื่อง หลังตัดบทความซ้ำออก 15 เรื่อง เหลือบทความเข้าสู่การคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ 80 เรื่อง จากนั้นคัดออก 42 เรื่อง เหลือบทความฉบับเต็มที่นำมาประเมินความสอดคล้องตามเกณฑ์ 38 เรื่อง และคัดออกอีก 18 เรื่อง จึงเหลือบทความที่นำเข้าสู่การสังเคราะห์ข้อมูลจำนวน 20 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกการสืบค้นวรรณกรรม แบบคัดกรองบทความตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก และตารางสกัดข้อมูล โดยแบบบันทึกการสืบค้นวรรณกรรมใช้สำหรับบันทึกฐานข้อมูลที่สืบค้น คำค้นที่ใช้ จำนวนบทความที่พบ และจำนวนบทความที่ผ่านการคัดกรองในแต่ละขั้นตอน ส่วนแบบคัดกรองบทความใช้เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของบทความกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ตารางสกัดข้อมูลใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลสำคัญจากบทความที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ชื่อผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ ชื่อเรื่อง รูปแบบการศึกษา กลุ่มตัวอย่างหรือพื้นที่ศึกษา รายละเอียดกิจกรรมหรือกระบวนการแทรกแซง แนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากตารางสกัดข้อมูลถูกนำมาใช้เพื่อจัดกลุ่ม เปรียบเทียบและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพไทย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ บทความวิจัยปฐมภูมิที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ เป็นบทความฉบับเต็มสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทระบบบริการสุขภาพไทย และมีการรายงานผลลัพธ์ทางคลินิกหรือผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บทความทบทวนวรรณกรรม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์อภิมาน บทความที่ไม่มีผลลัพธ์เชิงประจักษ์ บทความที่ขาดความชัดเจนด้านระเบียบวิธีวิจัย และบทความที่มีข้อมูลซ้ำซ้อนในด้านพื้นที่หรือกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (Thematic Synthesis) โดยเริ่มจากการอ่านบทความฉบับเต็มที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดอย่างละเอียด จากนั้นสกัดข้อมูลตามประเด็นที่กำหนดไว้ในตารางสกัดข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดกลุ่มตามความเหมือนและความแตกต่างของรูปแบบการดำเนินงานกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการแทรกแซง และผลลัพธ์ที่รายงาน

ผลการวิเคราะห์ถูกจัดกลุ่มเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ ด้านฐานรากทางทฤษฎีและนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ ด้านประสิทธิผลทางคลินิกในสถานบริการ

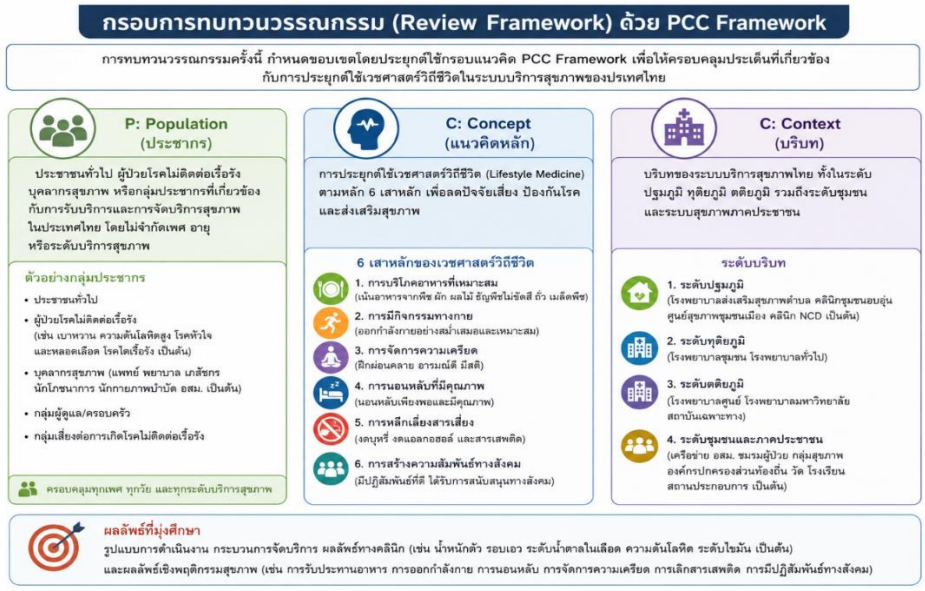
สาธารณสุข ด้านการประยุกต์ใช้ในบริบทวัฒนธรรมและชุมชน และด้านการบูรณาการในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง การสังเคราะห์ข้อมูลเน้นการอธิบายภาพรวมของหลักฐานเชิงประจักษ์ รูปแบบการดำเนินงาน และแนวโน้มของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์วรรณกรรม ซึ่งใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่สู่สาธารณะแล้ว โดยไม่ได้มีการทดลองหรือเก็บข้อมูลโดยตรงจากมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง จึงเข้าข่ายได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามหลักจริยธรรมทางวิชาการ โดยอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างถูกต้อง ไม่ดัดแปลงผลการศึกษาให้คลาดเคลื่อนจากต้นฉบับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะสังเคราะห์ภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยรายบุคคลจากงานวิจัยต้นฉบับ

กรอบการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PCC Framework ซึ่งประกอบด้วย Population, Concept และ Context เพื่อใช้กำหนดขอบเขตการศึกษาและแนวทางการสืบค้นข้อมูลให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดย Population หมายถึง ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ หรือกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการและการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยไม่จำกัดเพศ อายุ หรือระดับบริการสุขภาพ ส่วน Concept คือ การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตตามหลัก 6 เสาหลัก ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ขณะที่ Context หมายถึง บริบทของระบบบริการสุขภาพไทย ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ รวมถึงระดับชุมชนและระบบสุขภาพภาคประชาชน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งสำรวจและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อสำรวจขอบเขตและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของไทย และ 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบูรณาการ

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาแบ่งออกเป็นประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อสำรวจขอบเขตและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

จากการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Google Scholar และ Thai Journal Online/TCI พบวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเบื้องต้นจำนวน 95 เรื่อง แบ่งเป็นจาก Google Scholar จำนวน 51 เรื่อง และ ThaiJO/TCI จำนวน 44 เรื่อง หลังจากตัดบทความซ้ำออกจำนวน 15 เรื่อง เหลือบทความเข้าสู่กระบวนการคัดกรองจำนวน 80 เรื่อง จากนั้นคัดออกจากการพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อจำนวน 42 เรื่อง เหลือบทความฉบับเต็มที่นำมาประเมินความสอดคล้องตามเกณฑ์จำนวน 38 เรื่อง และคัดออกอีก 18 เรื่อง จึงเหลือบทความวิจัยปฐมภูมิที่นำเข้าสู่การสังเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 20 เรื่อง ดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมตามแนวทาง PRISMA-ScR

ขั้นตอนการคัดเลือกวรรณกรรม	จำนวนเรื่อง
บทความที่สืบค้นได้จาก Google Scholar	51
บทความที่สืบค้นได้จาก ThaiJO/TCI	44
รวมบทความที่สืบค้นได้ทั้งหมด	95
บทความซ้ำที่คัดออก	15
บทความที่เข้าสู่การคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ	80
บทความที่คัดออกจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ	42
บทความฉบับเต็มที่ได้รับการประเมิน	38
บทความฉบับเต็มที่คัดออก	18
บทความที่นำเข้าสู่การสังเคราะห์ข้อมูล	20

จากตารางที่ 1 พบว่า วรรณกรรมที่นำเข้าสู่การสังเคราะห์ข้อมูลคิดเป็นจำนวน 20 เรื่อง จากบทความที่สืบค้นได้ทั้งหมด 95 เรื่อง แสดงให้เห็นว่ากระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมมีการคัดกรองตามเกณฑ์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้เฉพาะงานวิจัยปฐมภูมิที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ตารางที่ 2 ขอบเขตของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบจากการทบทวน

ประเด็น	ผลการศึกษา
จำนวนบทความที่นำมาสังเคราะห์	20 เรื่อง
ช่วงปีที่ตีพิมพ์	พ.ศ. 2563–2569
รูปแบบการวิจัยที่พบมาก	การวิจัยกึ่งทดลอง
รูปแบบการวิจัยอื่นที่พบ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยแบบผสมผสาน การวิจัยและพัฒนา และการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์
กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ พระสงฆ์ ข้าราชการบำนาญ และประชาชนในชุมชน
บริบทการศึกษา	โรงพยาบาล คลินิกเฉพาะทาง สถานบริการปฐมภูมิ และชุมชน

จากตารางที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่าหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยยังเน้นการศึกษาระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนารูปแบบบริการในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และรูปแบบการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของไทย

จากการสังเคราะห์วรรณกรรม พบว่าการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยมีรูปแบบหลากหลาย โดยส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุม 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม รูปแบบที่พบเด่นชัด ได้แก่ การให้ความรู้ การโค้ชสุขภาพ การสนทนาสร้างแรงจูงใจ การติดตามเยี่ยมบ้าน การใช้ อสม. เป็นพี่เลี้ยง การติดตามผ่านโทรศัพท์หรือ LINE และการใช้เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน

ตารางที่ 3 รูปแบบการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พบจากการทบทวน

รูปแบบการดำเนินงาน	ลักษณะสำคัญ
โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ให้ความรู้ ตั้งเป้าหมาย ฝึกปฏิบัติ ติดตามผล และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
Health Coaching	ใช้บุคลากรสุขภาพหรือพี่เลี้ยงช่วยกระตุ้น สนับสนุน และติดตามพฤติกรรม
Motivational Interviewing	ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง
การติดตามโดยชุมชน	ใช้ อสม. การเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายชุมชนในการติดตามต่อเนื่อง
เทคโนโลยีดิจิทัล	ใช้ LINE, LINE OA, วิดีโอคอล กลุ่มออนไลน์ และโทรศัพท์ในการให้คำปรึกษาและติดตาม
การบูรณาการกับวัฒนธรรม	ประยุกต์กับวิถีมุสลิม สุขภาพพระสงฆ์ และบริบทชุมชนไทย

จากตารางที่ 3 พบว่า รูปแบบการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้ แต่เน้นกระบวนการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการปรับรูปแบบให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย

จากการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าว สามารถสังเคราะห์ผลการศึกษาออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านฐานรากทางทฤษฎีและนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ 2) ด้านประสิทธิผลทางคลินิกในสถานบริการสาธารณสุข 3) ด้านการประยุกต์ใช้ในบริบทวัฒนธรรมและชุมชน และ 4) ด้านการบูรณาการในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลการสังเคราะห์เชิงประเด็นของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิต

มิติการสังเคราะห์	ลักษณะที่พบจากงานวิจัย	ผลลัพธ์สำคัญ
มิติที่ 1 ฐานรากทางทฤษฎีและนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ	ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การโค้ชสุขภาพ ร่วมกับ LINE, LINE OA, วิดีโอคอล และการติดตามออนไลน์	เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ การติดตามต่อเนื่อง และแรงสนับสนุนทางสังคม
มิติที่ 2 ประสิทธิผลทางคลินิกในสถานบริการสาธารณสุข	ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เมตาบอลิกซินโดรม และภาวะน้ำหนักเกิน	HbA1c, FBS, ความดันโลหิต, BMI, รอบเอว และน้ำหนักตัวลดลง บางงานพบ eGFR ดีขึ้น
มิติที่ 3 การประยุกต์ใช้ในบริบทวัฒนธรรมและชุมชน	ประยุกต์กับวิถีมุสลิม สุขภาพพระสงฆ์ อสม. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน และการติดตามในชุมชน	เพิ่มการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ
มิติที่ 4 การบูรณาการในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง	ใช้ในภาวะมีบุตรยาก ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย ปัญหาการนอนหลับ และภาวะน้ำหนักเกินในบุคลากร	พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น คะแนนปริชานดีขึ้น และขยายการใช้สู่การดูแลเฉพาะทาง

จากตารางที่ 4 พบว่า สามารถจำแนกผลการศึกษาออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ด้านฐานรากทางทฤษฎีและนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ มิติที่ 2 ด้านประสิทธิผลทางคลินิกในสถานบริการสาธารณสุข มิติ

ที่ 3 ด้านการประยุกต์ใช้ในบริบทวัฒนธรรมและชุมชน และมิติที่ 4 ด้านการบูรณาการในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง ดังแสดงในตารางที่ 4

3. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

จากผลการสังเคราะห์วรรณกรรม พบว่าการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขไทยควรเริ่มจากหน่วยบริการที่มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชน ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระบบสุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบการดำเนินงานในงานวิจัยส่วนใหญ่ และสามารถเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้รับบริการ บุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง รูปแบบที่ควรนำไปใช้ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ การติดตามผลเป็นระยะ และการใช้ทีมสหวิชาชีพหรือ อสม. เป็นผู้สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาบุคลากรด้าน Health Coaching และ Motivational Interviewing เป็นประเด็นสำคัญต่อการขับเคลื่อนเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพไทย รวมถึงควรสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE Application, LINE OA การติดตามทางโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้รับบริการ ขณะเดียวกัน การออกแบบบริการควรคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรม ศาสนา วิถีชีวิต และทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่ เช่น วิถีมุสลิม สุขภาพพระสงฆ์ และบทบาทของชุมชน ทั้งนี้ควรมีการติดตามผลระยะยาวและขยายการศึกษาในหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในระดับระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมขอบเขตกว้างครั้งนี้ พบว่าการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยงานวิจัยส่วนใหญ่บูรณาการหลายองค์ประกอบของ 6 เสาหลักเข้าด้วยกัน เช่น โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การลดพฤติกรรมเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม[6] ผลการศึกษายังพบว่าการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในทิศทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และภาวะน้ำหนักเกิน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย รอบเอว และน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7,8,9,10,11,12]

จุดเด่นสำคัญของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทไทย คือ การปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และชุมชน เช่น การประยุกต์ใช้กับวิถีมุสลิม การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ การใช้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงสุขภาพ และการสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มผู้สูงอายุหรือข้าราชการบำนาญ [13,14,15,16] รูปแบบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้คำแนะนำรายบุคคล แต่สามารถพัฒนาเป็นระบบสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพได้ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของชุมชน[17]

การศึกษายังพบแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะ LINE Application, LINE OA, การวิดีโอคอล และการติดตามทางออนไลน์ ซึ่งช่วยสนับสนุนการให้คำปรึกษา การกระตุ้นเตือน และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการนัดหมาย) เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังถูกนำไปใช้ในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง เช่น ปัญหาการนอนหลับ ภาวะมีบุตรยาก ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ และภาวะน้ำหนักเกินในบุคลากรสุขภาพ 18,19 อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วน

ใหญ่ยังเป็นการศึกษาในระดับพื้นที่และติดตามผลระยะสั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวและหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้หลักฐานที่ชัดเจนมากขึ้นสำหรับการกำหนดแนวทางดำเนินงานในระบบบริการสาธารณสุขไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยบริการสุขภาพควรนำแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเน้นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

2. บุคลากรสุขภาพควรประยุกต์ใช้กระบวนการ Health Coaching และ Motivational Interviewing เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง

3. ควรใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE, LINE OA, การติดตามทางโทรศัพท์ หรือการให้คำปรึกษาออนไลน์ เป็นเครื่องมือสนับสนุนการติดตามพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการนัดหมายหรือหลังออกจากสถานบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดแนวทางบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะทักษะการโค้ชสุขภาพ การสนทนาสร้างแรงจูงใจ และการประยุกต์ใช้ 6 เสาหลักในการดูแลผู้รับบริการ

3. ควรสนับสนุนการวิจัยติดตามผลระยะยาวและการศึกษาในหลายพื้นที่ เพื่อประเมินประสิทธิผล ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการขยายรูปแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขไทย

เอกสารอ้างอิง

1 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570). กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

2 American College of Lifestyle Medicine. (2024). What is lifestyle medicine? https://lifestylemedicine.org/what-is-lifestyle-medicine/

3 Kelly, J., Karlsen, M., & Steinke, G. (2018). Lifestyle medicine: A brief review of its dramatic impact on health and survival. The Permanente Journal, 22, 17–025.

4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ในระบบบริการสุขภาพ. สถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย.

5 สมาคมเวชศาสตร์วิถีชีวิตไทย. (2566). ทิศทางและอนาคตของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทสาธารณสุขไทย. วารสารเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาวะ, 1(1), 1–8.

6 Sirasoonthorn, P. (2020). Lifestyle coaching and a salutogenic model for life skill development and transferability for diabetes and hypertension risk groups, Thailand. International Journal of Education and Social Science Research, 3(3), 23–37.

7 นฤมล สุขประเสริฐ. (2563). การนำผลของโปรมแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ไประยุกต์ใช้. Journal of Environmental and Community Health, 5(3), 11–16.

8 สุรีย์ ทั่งทอง, & สุมลรัตน์ ขนอม. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย. Journal of Health Sciences and Pedagogy, 1(2), 1–15.

9 พวงพิกุล บุญประสิทธิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้, 37(1), 183–198.

10 นิตยา แซ่ลี้, & ศิวพล สุวรรณบัณฑิต. (2567). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34(3), 81–91.

11 สมพงษ์ ชัยโอภานนท์, & ประมณฑ์ วิวัฒนากุลวาณิชย์. (2567). การศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 34(3), 528–536.

12 มกรารัตน์ หวังเจริญ. (2567). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อภาวะมีบุตรยาก. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 16(3), 295–306.

13 วิไลรัตน์ สุทธิประภา. (2568). ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. Journal of Environmental and Community Health, 10(6), 157–167.

14 ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, & วรพงษ์ สายโสภา. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19(3), 1174–1191.

15 ธวัชชัย เหลืองศิริ, สิทธิศานติ์ ทรัพย์สิริโสภา, ฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย์, & สุธิดา ดวงพุทธา. (2568). ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย. Journal of Environmental Education Medical and Health, 10(3), 307–319.

16 หทัย ธาตุทำเล. (2568). การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e16844.

17 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561–2580. กระทรวงสาธารณสุข.

18 จินตภัทร์ คูวิจิตรสุวรรณ, & สรณัฐ ลลิตวงศา. (2569). ประสิทธิผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 16(1), 142–155.

19 ศิริพร ศรีชะตา, อนุชา ไทยวงษ์, กำทร ดานา, ดิษฐพล ใจซื่อ, & วัชรินทร์ สมบัติศิริ. (2569). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกในบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 32(1), 1–18.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ จังหวัดอุบลราชธานี

Effectiveness of an Empowerment Program for Caregivers of Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes in Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ณัฐพร ทองวรรณ[1] สุทธีพร มูลศาสตร์[2] สมนึก สกุลหงส์โสภณ[3]
Nattaporn Thongwan[1] Sutteeporn Moolsart[2] Somnuk Sakulhongsophon[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองผู้ดูแลมีพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล โรคเบาหวานชนิดที่ 2 คุณภาพชีวิต การจัดการความเครียด

Abstract

This research aimed to study the effect of an empowerment program on caregiver empowerment and stress management behaviors, blood glucose levels, and quality of life of older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. This research was a quasi-experimental design with two groups, measuring results before and after the intervention. The sample consisted of caregivers and older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus in Ubon Ratchathani Province. The sample was randomly selected using simple random sampling, with 28 participants in the experimental group and 30 participants in the control group. Data were collected by Blood glucose meters, Questionnaires on caregiver empowerment and stress management behaviors and a questionnaire on the quality of life of older adults diabetic patients. Data were analyzed using descriptive statistics and the t-test.

The research results showed that the experimental group of caregivers had significantly better empowerment and stress management behaviors than before the program and than the control group ($p < .05$). Furthermore, older adults diabetic patients had lower blood sugar levels than before the program and than the control group ($p < .05$), and their quality of life was significantly better than before the program and than the control group ($p < .05$).

Keywords: Empowerment, Caregivers, Diabetes Mellitus Type 2, Quality of life, Stress Management

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รศ.ดร.อาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Corresponding Author: Sutteeporn Moolsart

[3] ผศ.ดร.อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 537 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.5 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนใน พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนใน พ.ศ. 2588[1] ข้อมูลใน พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.5 หรือคิดเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คน[2,3] ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย และญี่ปุ่น[4] ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด คิดเป็น 5,941.00 ต่อแสนประชากร[5] โดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 7,677.73, 8,121.14 และ 8,687.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[6] พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน อัตราตาย 25.1 ต่อแสนประชากร[2] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 200 รายต่อวัน[7]โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยในพ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั่วโลกสูงถึง 6.7 ล้านคน[3] จังหวัดอุบลราชธานีในช่วง พ.ศ. 2565–2567 มีอัตราตายเพิ่มขึ้นเป็น 206.80, 230.90 และ 217.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[6] นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงในการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้จ่ายรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมค่าใช้จ่ายประมาณ 3,984 ล้านบาทต่อปี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 12,000–25,000 บาทต่อคนต่อปี[8]

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาระโรคและภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง[9,10] ขณะเดียวกันผู้ป่วยเบาหวานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รัฐบาลได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) โดยบูรณาการการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล[9] อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตเสื่อม และระบบประสาทเสื่อม ซึ่งกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ[11] แม้แนวทางการดูแลโรคเบาหวานจะเน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ[12] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะพึ่งพิง การวางแผนและประสานการดูแล การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจและการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล[13] อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเผชิญภาระการดูแลอย่างต่อเนื่องและซับซ้อน ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าสะสม และผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หากขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมอาจกระทบต่อความต่อเนื่องและคุณภาพของการดูแล รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย[14,115] งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน[16,17,18,19]

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ยังมีจำนวนไม่มากนัก ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่

ควบคุมโรคไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการเสริมศักยภาพผู้ดูแล (Caregiver Empowerment Model: CEM) ของ Jones และคณะ[20] ซึ่งมุ่งส่งเสริมความผูกพันในครอบครัว การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน และการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแล คาดว่าผลการวิจัยจะช่วยเพิ่มพลังอำนาจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และเกิดรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design)

ประชากร พื้นที่ศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 38,325 คน

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา คือจังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง ที่อำเภอเขื่องใน เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้สูงอายุเป็นเป็นอันดับ 1 และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดอุบลราชธานี[6] จากนั้นพิจารณาตำบลที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มาจับฉลากแบ่งเป็นพื้นที่ศึกษาและควบคุม ผลการจับฉลากได้กำหนดพื้นที่ตำบลท่าไหเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลหนองเหล่าเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง นำรายชื่อของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีระดับน้ำตาล 126-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด จำนวน 247 คน ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากไม่คืนที่เข้ากลุ่มทดลอง จนครบ 30 คน จากนั้นแกนนำ อสม. สอบถามการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 60 คน แบ่งเป็น ผู้ดูแล 30 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

คุณสมบัติของประชากรที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า 126 -180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ที่มาติดตามตามนัด 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ไตวาย ตามัวมากจนการมองเห็นผิดปกติ ความจำเสื่อม อัมพาต และมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด2) มีอายุระหว่าง 60-85 ปี 3) เป็นผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ที่มี ADL < 12 คะแนน 4) การรับรู้สื่อสารด้วยภาษาไทย วัน เดือน ปี สถานที่ คัดกรองการรู้คิด รู้คิด (AMT) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ขึ้นไป

คุณสมบัติของประชากรที่เป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ 2) เป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน ลูกเขย ลูกสะใภ้ หรือญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน 3) อายุ 20-70 ปี ทั้งเพศ

ชายและเพศหญิง 4) เป็นผู้มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสารความหมายได้เข้าใจตรงกัน 5) ไม่มีโรคทางกายที่รุนแรง และไม่มีโรคทางกายที่ทำให้เกิดทุพพลภาพ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วย โดยเปลี่ยนจากยาเม็ดเป็นยาฉีด 2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้าร่วมโครงการ และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ต่อเนื่องตามวันเวลาที่กำหนด 4. ย้ายที่อยู่อาศัย 5) ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ครบ

ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการทดลองโปรแกรมฯ มีกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน คิดเป็น ร้อยละ 93.33 เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ต่อเนื่องตามวันเวลาที่กำหนด ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรมฯ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้ statistical test แบบmeans: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ effect size จากงานวิจัยของ จุฑารัตน์ รังษา และคณะ[21] วิเคราะห์ โดยกำหนด effect size ได้เท่ากับ 1.43 และค่าแอลฟ่า (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 14 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ดูแล 14 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 14 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 28 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 หรือ 5 คน (Polit & Hungler, 1999) รวมเป็นกลุ่มละ 19 คน และและเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น จำนวน 30 คน แบ่งเป็นผู้ดูแล 30 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ กิจกรรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยมีการลงทะเบียน ตรวจระดับน้ำตาล และตอบแบบสอบถาม พร้อมกิจกรรมนันทนาการสร้างสัมพันธภาพและแจกคู่มือฯ ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุ และเสริมสร้างความรักความผูกพันผ่านวิดีทัศน์ “กตัญญู”[22] กิจกรรมต่อเนื่องเน้นการประเมินและจัดการความเครียดด้วยแนวคิด “อึด ฮึด สู้” การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านและการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผ่าน LINE เพื่อติดตามและให้คำปรึกษา รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทบทวนปัญหา ร่วมวางแผนและปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและแผลในผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมประเมินพฤติกรรมและระดับความเครียดของผู้ดูแล บันทึกในคู่มือ ประสานการดูแลกับสถานบริการสาธารณสุข ให้คำแนะนำทักษะการเผชิญความเครียด และตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติ ครั้งที่ 2 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและเสริมพลัง “อึด ฮึด สู้” โดยบรรยายและฝึกผ่อนคลายความเครียด การคิดบวกและสร้างกำลังใจ พร้อมตรวจระดับน้ำตาลในเลือด มีกิจกรรมแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ การกล่าวคำชมเชยในกลุ่ม และฝึกทักษะผ่านใบงานตามสถานการณ์ที่กำหนด

สัปดาห์ที่ 6 การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 ประเมินและติดตามการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน การแจ้งแผนการติดตามเยี่ยมผ่านกลุ่มแอปพลิเคชัน LINE ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัวและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากสมุดคู่มือ ทบทวนปัญหาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 8 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 3 กิจกรรมสรุปผลการวิจัย ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง กิจกรรมการให้รางวัล และมอบกิตติกรรมประกาศ

2) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มี 2 เครื่องมือ ดังนี้ (1) แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (2) แบบทดสอบสภาพสมอง ใช้ประเมินการรู้คิด

3) คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม และเครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 พลังอำนาจของผู้ดูแล มีจำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด[23] จำนวน 28 ข้อ

2) แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 1 ข้อ ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต[24] มีจำนวน 26 ข้อ

2.2 เครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นเครื่องตรวจน้ำตาล งความเที่ยงของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2568

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล (พลังอำนาจ และพฤติกรรมการจัดการความเครียด) และผู้ป่วย (คุณภาพชีวิต) ได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1 จากนั้นปรับปรุงและทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นพบว่า Cronbach's alpha เท่ากับ .97 (พลังอำนาจ) .96 (พฤติกรรมการจัดการความเครียด) และ .96 (คุณภาพชีวิต) ก่อนปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมยิ่งขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนเครื่องมือดำเนินการวิจัย ไปทดลองใช้กลับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม ถึง 4 ตุลาคม 2568 ได้ดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาตจากประธานสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และประสานหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเขื่องใน รพ.สต.ท่าไห และบ้านหนองเหล่า เพื่อชี้แจงโครงการและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม–4 ตุลาคม 2568 ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามแผน พร้อมเตรียมทีมวิจัยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน อสม. 6 คน และผู้ช่วยเก็บข้อมูล 3 คน เพื่อร่วมดำเนินกิจกรรม เก็บข้อมูล เยี่ยมบ้าน และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัยก่อนเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ฯ เป็นเวลา 8 สัปดาห์

3. ขั้นหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินหลังการทดลอง ชั่งน้ำหนัก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

4. แบบสอบถามที่ทั้งสองกลุ่มตอบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ก่อน-หลัง การทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลอง - กลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568 – 06.028

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 45–60 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.43 และ 80.00) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.57 และ 46.67) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.71 และ 76.67) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่ากลุ่มทดลองส่วนมากเป็นบุตรและญาติของผู้ป่วย (ร้อยละ 39.29) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 60.00) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (ร้อยละ 60.71 และ 60.00)

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.57 และ 73.33) มีอายุอยู่ระหว่าง 71–80 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.29 และ 63.33) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.29 และ 100) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 46.43 และ 70.00) โรคประจำตัวที่พบร่วมมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.71 และ 70.00) นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 126–154 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ร้อยละ 50.00 และ 56.67)

ผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพลังอำนาจของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พลังอำนาจ/พฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=28)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)			*t*	*p*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน								
กลุ่มทดลอง	3.41	0.24	ปานกลาง	4.44	0.35	มาก	-15.603	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.43	0.15	ปานกลาง	3.50	0.28	ปานกลาง	-2.619	<.001*

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพลังอำนาจของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พลังอำนาจ/พฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=28)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)			*t*	*p*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล								
กลุ่มทดลอง	3.50	0.34	ปานกลาง	4.36	0.39	มาก	-8.045	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.42	0.32	ปานกลาง	3.50	0.32	ปานกลาง	-1.538	0.014

*p-value < .05

จาก ตารางที่ 1 พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 28)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)		*t*	*p*
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	151.96	9.70	109.00	18.30	10.854	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	148.40	11.28	145.50	17.78	0.966	0.342

*p-value < .05

จาก ตารางที่ 2 พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 28)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)			*t*	*p*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	86.75	11.24	ปานกลาง	108.79	11.48	ที่ดี	-9.282	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	85.87	7.53	ปานกลาง	93.10	8.98	ปานกลาง	-3.821	0.001

*p-value < .05

จาก ตารางที่ 3 พบว่าของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับพลังอำนาจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจระยะเวลา 8 สัปดาห์ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความกตัญญูและความผูกพัน ผ่านสื่อกตัญญู[22] และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอดคล้องกับ นิชาร์ ปราเซติโอ และคณะ[25] 2) ทักษะการเผชิญความเครียด เช่น การคิดบวก สมาธิ ผ่อนคลาย และออกกำลังกาย สอดคล้องกับ เซทโยอาดี และคณะ[26] 3) เครือข่ายผู้ดูแลและชุมชน ผ่านการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ อสม. การเยี่ยมบ้าน และ LINE สอดคล้องกับ วิภารัตน์ เบ็ญจมาศ[27] และชัยยุทธ คลื่นแก้ว[17] และ 4) การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาวะ สอดคล้องกับ ลมัย ชุมแวงวาปี และคณะ28 ซึ่งร่วมกันช่วยเพิ่มพลังอำนาจและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดหลังการทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากกิจกรรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เช่น การประเมินความเครียด การคิดบวก การฝึกสมาธิ ลมหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย และการอบรม “อึด ฮึด สู้” ซึ่งช่วยเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อเล็กซานดรา และคณะ[29] ที่พบว่าการออกกำลังกายและการดูแลตนเองช่วยลดความเครียดและเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล และสอดคล้องกับ Setyoadi และคณะ[26] ที่ชี้ว่าการเสริมพลังผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องช่วยลดความเครียดและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจและศักยภาพของผู้ดูแลผ่าน ได้แก่ การส่งเสริมความกตัญญูและความผูกพัน การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลและชุมชน และการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน ร่วมกับการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ รังษา และคณะ[23] ที่พบว่าการเสริมพลังผู้ดูแลผ่านกิจกรรมชุมชนและการเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลและสุขภาพผู้ป่วย และสอดคล้องกับ รอนเดียนโต และคณะ[30] ที่พบว่าโปรแกรมเสริมพลังผู้ดูแลร่วมกับการติดตามต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจและศักยภาพของผู้ดูแล ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยกิจกรรมประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การรับชมสื่อวีดิทัศน์กตัญญู การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คู่มือ การฝึกจัดการความเครียด (คิดบวก สมาธิ ผ่อนคลาย ออกกำลังกาย) การสร้างเครือข่ายดูแลผ่านเจ้าหน้าที่ อสม. และ LINE การเยี่ยมบ้าน และการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ รังษา[21] ที่พบว่าการเสริมพลังผู้ดูแลช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และสอดคล้องกับ กิจบดินทร์ ทองด้วง[20] ที่พบว่า

ความรู้และพฤติกรรมผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ได้เสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล และพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลที่ดี ขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระเวลาการศึกษาติดตามต่อเนื่องให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยเครือข่ายสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุข ควรมีการติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนต่อไป ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว ได้แก่ การตรวจวัดดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) เป็นต้น เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเกิดจากการสนับสนุนของคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่คอยให้ความช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจและคำแนะนำตลอดการดำเนินงานวิจัย ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มเป้าหมายและประชากรผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีส่วนสำคัญมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จได้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สถิติสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 18 เม.ย.67]; เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/

2.World Health Organization. (2021). *Diabetes*. Geneva: WHO. [Internet]. 2024. [cited 2024 Mar 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

3.International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). Brussels: IDF. [Internet]. 2024. [cited 2024 Mar 18]. Available from: https://diabetesatlas.org

4.กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์

5.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.พ.67]; เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1346020230221121809.pdf

6.กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบรายงาน Health Data Center (HDC)*. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค..67]; เข้าถึงจาก: https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php

7.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์โรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 4 พ.ค..67]; http://www.thaihealth.or.th/Content/33953

8.WellMed Bangkok Clinic. (2025). *Cost of care for type 2 diabetes in Thailand*. [Internet]. 2024. [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://wellmedbangkok.com/cost-of-care-for-type-2-diabetes

9.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยกับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข

10.วิชัย เอกพลากร และคณะ.(2562). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (NHES V) พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

11.รณยุทธ วงศ์สุวรรณ, รวิวรรณ นามมนตรี, และรัตนาภรณ์ วงศ์ชัย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ*, 39(3), 64–78

12.วราภรณ์ พรพิบูลย์, ทัศนีย์ ยินดีสุข, ณัฐวุฒิ เสถียรชาญ, สุพัตรา โกศลวัฒน์, และสุพรรณี นักคำพันธ์พัทธ์.(2562). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(1), 50–60

13.สุปาณี แสงศรี. (2564). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: แนวคิด บทบาท และการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14.วารุณี จันทรังษีวรกุล, และจินตนา คนธา. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลการสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์*, 44(1)

15.จุฑามาศ สมสุวรรณ, และอัจฉรา เยาวบุตร. (2565). ภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(2), 85–97

16.ปิยะนุช ปัญญา, และเบญจมาศ วิริยรัตน์. (2567). การเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลชุมชน*, 38(1), 45–58

17.จุฑามาศ กลืนแก้ว. (2566). *การพัฒนาบทบาทเครือข่ายครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, ไม่ได้ตีพิมพ์). อุดรธานี. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 24 มิ.ย 67]; เข้าถึงจาก: https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjE0

18.กนกวรรณ ทองดวง, วราภรณ์ บุญเชียง, สุพัตรา จตุรการ, และพัชรี องค์อาจบริรักษ์. (2565). อิทธิพลของความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารนานาชาติด้านการวิจัยสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข, 19(16), 10216.19.

19.พัชรี พานทอง, และทิพย์วรรณ ภาทิสานา. (2561). การเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 24(2), 57–66

20.Jones, Patricia S., Winslow, Betty W., Lee, Jung W., Burns, Marilyn, & Zhang, Xiao E. (2011). Development of a caregiver empowerment model to promote positive outcomes. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 11–28

21.จิราพร รังสา. (2559). *ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, ไม่ได้ตีพิมพ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา

22.เครือเจริญโภคภัณฑ์. (2564). *ภาพยนตร์สั้น "ความกตัญญู...ชีวิตที่มีค่า"*. สืบค้นจาก https://marketeeronline.co/archives/225209

23.Lazarus, Richard S., & Folkman, Susan. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

24.World Health Organization. (1995). *WHOQOL: Measuring quality of life*. [Internet]. 2024. [cited 2024 Apr 9]. Available from: https://www.who. int/tools/whoqol

25.Nizar, Ahmad M., Prasetio, Oktavian D., Hidayat, Siti A., & Munawaroh, Indah. (2024). Correlation of family empowerment with self-management in patients with type II diabetes mellitus in Tulungagung district. *Jurnal Penelitian STIKES Nahdlatul Tuban*, 6(1)

26. Setyoadi, S., Seda, L. F. S., Lestari, P., Irwando, E., Nurani, N., & Hayati, Y. S. (2023). Family empowerment as nursing intervention for families with type 2 diabetes mellitus: A literature review. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia, 3*(3), 267–280.

27.เบญจมาศ วงศ์คำ. (2560). การเสริมพลังอำนาจชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน บ้านหนองบัว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษาสุขภาพ*, 23(1), 31–43

28.ลัดดาวัลย์ ชุมแวงวาปี, และลักขณา ปิยบัณฑิตกุล. (2563). แนวทางการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 41–52

29. King, A., Ringel, J. B., Safford, M. M., Riffin, C., Roth, D. L., & Sterling, M. R. (2021). Association between caregiver strain and self-care among caregivers with diabetes. JAMA Network Open, 4(2), e2036676. [Internet]. 202. [cited 2024 Apr 20]. Available from:https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36676

30. Rondhianto, R., Nursalam, N., Kusnanto, K., & Melaniani, S. (2022). The effect of family caregiver empowerment interventions on family caregiver capabilities in self-management of type 2 diabetes mellitus in Indonesia. Enfermería Clínica, 32(6), 385–395.

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันดิบจากวัสดุจากธรรมชาติ

Comparison of oil adsorption efficiency using natural materials.

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ประยุกต์ เดชสุทธิกร[1], จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล[2], โชติกา โยคาพจร[3], เปรมกมล คุ้มไข่น้ำ[3] และ วริศรา ไชยต้นเทือก[3]
Prayook Detsuttikorn[1], Jarinthip Chomchaipon[2], Chotika Yokapajohn[3], Premkamon Khumkhainam[3], and Warisara Chaitonphueak[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันโดยวัสดุจากธรรมชาติและเพื่อเปรียบเทียบชนิดของวัสดุธรรมชาติในการดูดซับน้ำมัน การวิจัยได้มีการแปรเปลี่ยนชนิดของวัสดุดูดซับจากธรรมชาติ ได้แก่ ใยนุ่น และดอกหญ้าคา ชนิดของน้ำมัน ได้แก่ น้ำมันดิบ และน้ำมันเตา และเวลาที่ใช้ในการดูดซับ ได้แก่ 2 และ 10 นาที

ผลการวิจัยประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบของใยนุ่น ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที พบว่า มีค่าร้อยละ 99.28 และ 99.39 ตามลำดับ และดอกหญ้าคา ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 98.52 และ 99.60 ตามลำดับ ประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาของใยนุ่น ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 99.16 และ 92.78 ตามลำดับ และดอกหญ้าคา ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 96.55 และ 86.64 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันดิบ พบว่า วัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด สามารถดูดซับได้ดีที่สุดที่เวลาเดียวกันคือ 10 นาที โดยดอกหญ้าคา มีประสิทธิภาพในการดูดซับดีที่สุด คือ ร้อยละ 99.60 และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันเตา พบว่า วัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด สามารถดูดซับได้ดีที่สุดที่เวลาเดียวกันคือ 2 นาที โดยใยนุ่นมีประสิทธิภาพในการดูดซับดีที่สุด คือ ร้อยละ 99.16

คำสำคัญ: การดูดซับน้ำมัน วัสดุธรรมชาติ ใยนุ่น ดอกหญ้าคา

Abstract

This experimental research used descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and content analysis. The objective is to study the efficiency of oil absorption by natural materials and to compare different types of natural materials in oil absorption. The research involved varying the types of natural absorbent materials, including Kapok Fibers and Cogon Grass Flowers. Types of oil include Crude Oil and Fuel Oil. And the absorption times were 2 and 10 minutes.

Research results on the Crude Oil absorption efficiency of Kapok Fibers at absorption times of 2 and 10 minutes showed values of 99.28% and 99.39%, respectively. And Cogon Grass Flowers, the absorption times of 2 and 10 minutes were 98.52% and 99.60%, respectively. The Fuel Oil absorption efficiency of Kapok Fibers at absorption times of 2 and 10 minutes was 99.16% and 92.78%, respectively. And Cogon Grass Flowers, the absorption times of 2 and 10 minutes were 96.55% and 86.64%, respectively. When comparing the efficiency of Crude Oil absorption, it was found that both types of natural materials were able to absorb oil best at the same time, which was 10 minutes. The Cogon Grass Flower has the best absorption efficiency, at 99.60%. When comparing the efficiency of Fuel Oil absorption, it was found that

[1] อาจารย์ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Corresponding author, E-mail: prayook@go.buu.ac.th
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
[3] นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

both types of natural materials were able to absorb oil best at the same time, which was 2 minutes. The Kapok Fibers has the best absorption efficiency, at 99.16%.

Keywords: Oil absorption, Natural materials, Kapok Fibers, Cogon Grass Flower

บทนำ

ในปัจจุบันน้ำมันนับเป็นทรัพยากรพลังงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อสนองตอบต่อการเติบโตทางอุตสาหกรรม การขนส่งและการบริการ น้ำมันจึงเป็นส่วนหนึ่งของห่วงโซ่อุปทานพลังงานที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งการขนส่งทางเรือบรรทุกน้ำมัน การขนส่งผ่านท่อส่งน้ำมัน และการขนส่งทางรถบรรทุก กระบวนการเหล่านี้ล้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการรั่วไหลของน้ำมัน ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรั่วไหลดังกล่าวมีความหลากหลาย กล่าวคือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ เช่น คลื่น ลม กระแสน้ำ และอุณหภูมิ รวมถึงความผิดพลาดทางเทคนิคของอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์[1] การรั่วไหลของน้ำมันลงสู่ทะเลส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังเช่น การรั่วไหลของน้ำมันดิบลงสู่ชายหาดอ่าวพร้าว เกาะเสม็ด จังหวัดระยอง ในปี พ.ศ.2556 ส่งผลให้ปริมาณน้ำมันดิบ 50,000 ลิตร ได้ปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำทะเล ก่อเกิดปัญหามลพิษต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการประกิจธุรกิจการท่องเที่ยวในพื้นที่ดังกล่าว[2] วิธีการกำจัดน้ำมันที่รั่วไหลในทะเลสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น วิธีทางกายภาพ โดยการกักน้ำมันโดยใช้ทุ่นดักน้ำมัน (Boom) การใช้เครื่องเก็บน้ำมัน (Skimmer) และการใช้วัสดุดูดซับอื่นๆ หรือวิธีการทางเคมี โดยการใช้สารเคมีกำจัดคราบน้ำมันโดยการทำให้น้ำมันแตกสลายตัวเป็นโมเลกุลเล็กๆ (Oil spill dispersant) และเกิดการย่อยสลายหมดไปโดยกระบวนการทางธรรมชาติ[3]

วัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรในประเทศไทยในแต่ละปีมีปริมาณมาก และส่วนใหญ่มีองค์ประกอบทางกายภาพที่ประกอบด้วยเส้นใย อีกทั้งสามารถการลอยได้ในน้ำ จึงมีความเหมาะสมในนำมาใช้ดูดซับน้ำมันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ดอกธูปฤาษี กาบมะพร้าว เป็นต้น งานวิจัยของ พงษ์ธิพันธ์ ผึ่งผาย และคณะ[4] พบว่า กาบมะพร้าวสามารถดูดซับน้ำมันได้ดีมาก โดยมีประสิทธิภาพการดูดซับร้อยละ 98.00–100 ทั้งนี้เนื่องจากมีลักษณะทางกายภาพ เป็นเส้นใยฝอย มีขนหรือหนามเล็ก ๆ จึงมีพื้นที่ผิวมาก และมีน้ำหนักเบา จึงสามารถลอยตัวอยู่บนผิวน้ำได้เป็นเวลานาน เมื่อนำไปใช้ดูดซับน้ำมันดิบจึงมีประสิทธิภาพสูง และงานวิจัยของบุษยมาศ บุญตา และคณะ[5] ที่พบว่า ดอกธูปฤาษีมีลักษณะทางกายภาพเป็นเส้นใยฝอย และมีรูพรุนภายใน สามารถทนทานการกัดกร่อนในสภาวะที่เป็นกรด–ด่าง และความเค็มสูง อีกทั้งสามารถดูดซับธาตุอาหาร โลหะหนัก และคราบน้ำมันได้ดี จึงมีการนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดน้ำเสียที่มีคราบน้ำมันและไขมัน

นอกจากนี้ยังมีวัสดุธรรมชาติชนิดอื่นๆ ที่มีศักยภาพในการดูดซับน้ำมัน ได้แก่ ใยนุ่น และดอกหญ้าคา โดยใยนุ่นมีลักษณะทางกายภาพเป็นเส้นใยสีเหลืองหรือน้ำตาลอ่อน ผนังเซลล์บางปกคลุมด้วยชั้นขี้ผึ้งหนา และมีอากาศบรรจุอยู่ในช่องว่างของเส้นใย จึงมีน้ำหนักเบา และความหนาแน่นต่ำ และสามารถลอยตัวบนผิวน้ำได้ดี อีกทั้งเส้นใยมีคุณสมบัติที่ไม่ชอบน้ำ (Hydrophobicity) แต่ชอบน้ำมัน (Oleophilicity) จึงดูดซับน้ำมันได้ดี แต่ไม่ดูดซับน้ำ[6] ดอกหญ้าคา มีลักษณะทางกายภาพเป็นเส้นใยคล้ายหนามขนาดเล็กจับตัวเป็นช่อ สามารถในการดูดซับน้ำมันได้ดี (Oleophilicity) และมีคุณสมบัติไม่ชอบน้ำ (Hydrophobicity) โดยสามารถดูดซับน้ำมันเครื่องได้มากกว่าร้อยละ 96[7] จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำวัสดุธรรมชาติ ได้แก่ ใยนุ่น และดอกหญ้าคา เพื่อนำมาศึกษาประสิทธิภาพในการที่ดูดซับน้ำมันที่ปนเปื้อนในน้ำทะเล จึงเป็นการนำวัสดุเหลือทิ้งจาก

การเกษตร หรือวัสดุธรรมชาติที่มีอยู่ทั่วไปในพื้นที่สาธารณะ เพื่อนำมาใช้ทดแทนวัสดุสังเคราะห์ที่มีราคาสูง และเป็นการส่งเสริมให้ภาคครัวเรือนนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อการจำหน่ายเชิงพาณิชย์ อีกทั้งมีความสอดคล้องตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development goals, SDGs) ได้แก่ เป้าหมายที่ 8 การส่งเสริมทางเศรษฐกิจและสร้างรายได้จากผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ เป้าหมายที่ 9 การส่งเสริมนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยใช้วัสดุจากธรรมชาติที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นมาสร้างมูลค่าเพิ่ม พัฒนาเป็นวัสดุดูดซับคราบน้ำมันที่มีประสิทธิภาพ ทดแทนการใช้วัสดุสังเคราะห์ที่มีราคาสูง เป้าหมายที่ 12 ว่าด้วยการส่งเสริมการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน ผ่านการใช้วัสดุธรรมชาติและวัสดุเหลือใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อลดของเสียและภาระต่อสิ่งแวดล้อม และเป้าหมายที่ 14 การอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืน โดยเน้นการลดปริมาณมลพิษจากคราบน้ำมันในทะเลที่ส่งผลต่อระบบนิเวศ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันจากวัสดุธรรมชาติ
2. เพื่อเปรียบเทียบชนิดของวัสดุธรรมชาติในการดูดซับน้ำมัน

วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัย (Research design) ในการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยทำการทดลองการดูดซับน้ำมันจากวัสดุธรรมชาติ ณ ห้องปฏิบัติการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

1. การเตรียมวัตถุดิบและการทดสอบตัวอย่าง

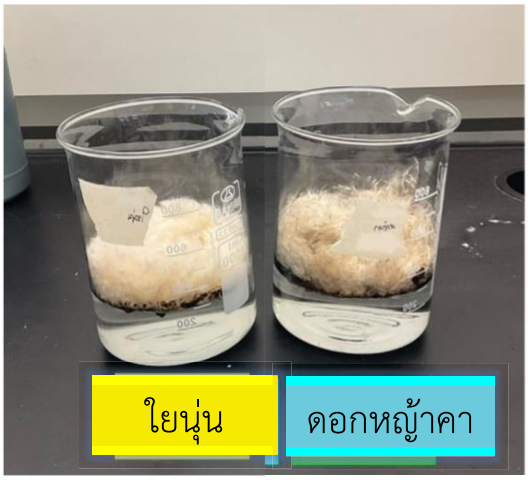
1.1 นำใยนุ่นออกจากฝักของผลต้นนุ่น คัดแยกเม็ดนุ่นออก แล้วนำมาตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ และนำดอกหญ้าคา มาคัดแยกช่อดอกออกจากก้าน แล้วนำมาตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ จากนั้นนำวัสดุทั้งสองชนิดไปอบในตู้อบลมร้อน (Hot air oven) ที่อุณหภูมิ 103 องศาเซลเซียส นาน 1 ชั่วโมงหรืออบจนกว่าจะแห้งสนิท และทิ้งให้เย็นในตู้ดูดความชื้น (Desiccator) ดังแสดงในภาพที่ 1



ก) ใยนุ่น
ข) ดอกหญ้าคา

1.2 เทน้ำมันดิบ ปริมาตร 5 มิลลิลิตร (C1) ลงในบีกเกอร์ขนาด 1,000 มิลลิลิตร จากนั้นเติมน้ำทะเลจากชายหาดบางแสน จังหวัดชลบุรี ปริมาตร 300 มิลลิลิตร ที่ผ่านการกรองด้วยกระดาษกรอง เบอร์ 1

1.3 เติมใยนุ่น น้ำหนัก 2 กรัม ลงในบีกเกอร์ และทำการเกลี่ยวัสดุให้ผสมกับน้ำมันดิบอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการดูดซับที่มากที่สุดนาน 2 และ 10 นาที ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 2 จากนั้นช้อนใยนุ่นที่ดูดซับน้ำมันดิบออกจากบีกเกอร์ เพื่อนำไปกำจัด และล้างน้ำมันดิบที่เกาะติดบริเวณขอบบีกเกอร์ด้วยเฮกเซน (C_6H_{14}) แล้วนำสารละลายดังกล่าวไปทดสอบด้วยวิธี Grease and Oil



ภาพที่ 2 การดูดซับน้ำมันด้วยวัสดุธรรมชาติ

1.4 การทดสอบด้วยวิธี Grease and Oil

1.4.1 อบถ้วยกระเบื้องที่อุณหภูมิ 103-105 องศาเซลเซียส นาน 1-2 ชั่วโมง ทิ้งให้เย็นในตู้ดูดความชื้น แล้วนำไปชั่งน้ำหนัก (A)

1.4.2 ทำการสกัดด้วยเฮกเซน โดยการเทสารละลายที่ดูดซับแล้วทั้งหมด (ประมาณ 100 มิลลิลิตร) ลงในกรวยแยก (Separatory funnel) เติมกรดซัลฟิวริก 1:1 ปริมาตร 5 มิลลิลิตร และเฮกเซนปริมาตร 20 มิลลิลิตร โดยทำการสกัดในตู้ดูดควัน (Fume hood)

1.4.3 เขย่าสารละลายที่บรรจุในกรวยแยกอย่างแรงประมาณ 2 นาที ไขก๊อกเพื่อปล่อยแรงดันออกเป็นระยะๆ รอให้สารละลายเกิดการแยกชั้น โดยเฮกเซนอยู่ชั้นบน ส่วนน้ำอยู่ชั้นล่าง จากนั้นแยกน้ำออกจากกรวยแยกโดยบรรจุในขวดรูปชมพู่ (ขวดที่ 1) และแยกเฮกเซนโดยบรรจุในขวดรูปชมพู่ (ขวดที่ 2)

1.4.4 ทำการสกัดน้ำตัวอย่างในขวดรูปชมพู่ (ขวดที่ 1) ด้วยเฮกเซนปริมาตร 20 มิลลิลิตร ดังกล่าวในข้อ 1.4.2 และ 1.4.3 โดยทำการสกัดซ้ำจำนวน 2 ครั้ง และเก็บเฮกเซนที่สกัดได้ในแต่ละครั้งในขวดรูปชมพู่ (ขวดที่ 2)

1.4.5 จากนั้นสกัดเฮกเซนที่เก็บรวบรวมไว้ทั้งหมดในขวดรูปชมพู่ (ขวดที่ 2) สกัดด้วยเฮกเซนครั้งละ 20 มิลลิลิตร ดังกล่าวในข้อ 1.4.2 และ 1.4.3 โดยทำการสกัดซ้ำจำนวน 2 ครั้ง และเก็บสารละลายที่สกัดได้ในขวดรูปชมพู่

1.4.6 สารละลายที่สกัดได้ในข้อ 1.4.5 นำไปกรองผ่านโซเดียมซัลเฟตที่ปราศจากน้ำซึ่งวางอยู่บนกระดาษกรอง ปล่อยให้สารละลายไหลผ่านลงสู่ถ้วยกระเบื้องด้านล่าง ดังแสดงในภาพที่ 3 จากนั้นนำสารละลายไประเหยให้แห้งบนเตาให้ความร้อน (Hotplate) เพื่อให้ไอน้ำระเหยออก



ภาพที่ 3 การกรองสารละลาย

1.4.7 อบถ้วยกระเบื้องที่ทำการระเหยแห้งแล้วในตู้อบลมร้อนเพื่อไล่ความชื้นที่อุณหภูมิ 103-105 องศาเซลเซียส นาน 1-2 ชั่วโมง ทิ้งให้เย็นในตู้ดูดความชื้น แล้วนำไปชั่งน้ำหนัก (B)

1.4.8 คำนวณหาปริมาตรน้ำมันที่เหลือ (C2) จากผลต่างของน้ำหนักถ้วยกระเบื้องกับน้ำมัน (B) กับน้ำหนักถ้วยกระเบื้องก่อนการทดลอง (A)

1.5 ทำการทดลองในข้อ 1.2-1.4 ซ้ำเช่นเดิมแต่แปรเปลี่ยนชนิดของวัสดุธรรมชาติเป็นดอกหญ้าคา

1.6 ทำการทดลองข้อ 1.2-1.5 ซ้ำเช่นเดิมแต่แปรเปลี่ยนชนิดของน้ำมันเป็นน้ำมันเตา

2. การวิเคราะห์ผล

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวนร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Means) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content

analysis)

2.1 การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันดิบและน้ำมันเตาโดยวัสดุธรรมชาติแต่ละชนิด มีการวิเคราะห์ตัวแปรละ 3 ครั้ง จากนั้นนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยเลขคณิต และนำมาคำนวณร้อยละประสิทธิภาพการดูดซับ ดังแสดงในสมการที่ 1

$$\text{ประสิทธิภาพการดูดซับ(\%)} = \frac{\text{น้ำมันที่หายไป}}{\text{น้ำมันทั้งหมด}} \times 100 \quad (1)$$

เมื่อ

น้ำมันที่หายไป = ปริมาตรน้ำมันทั้งหมด (C1) – ปริมาตรน้ำมันที่เหลือ (C2)

C1 = น้ำมันทั้งหมด /ρ

C2 = (B–A)/ρ

เมื่อ

A = น้ำหนักถ้วยกระเบื้องก่อนการทดลอง, กรัม

B = น้ำหนักถ้วยกระเบื้องและน้ำมัน, กรัม

ρ = ความหนาแน่นน้ำมัน, กรัม/มิลลิลิตร

$\rho_{\text{น้ำมันดิบ}}$ = 0.833 กรัม/มิลลิลิตร

$\rho_{\text{น้ำมันเตา}}$ = 0.991 กรัม/มิลลิลิตร

C1 = ปริมาตรน้ำมันทั้งหมด, มิลลิลิตร

C2 = ปริมาตรน้ำมันที่เหลือ, มิลลิลิตร

จริยธรรมงานวิจัย

สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการศึกษาโดยการนำน้ำทะเลชายหาดบางแสนผสมกับน้ำมันดิบและน้ำมันเตาจากบริษัท ปตท. น้ำมันและการค้าปลีก จำกัด (มหาชน) โดยใช้ปริมาตรน้ำมันตัวอย่างละ 5 มิลลิลิตร และมีการแปรเปลี่ยนเวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที จากนั้นนำวัสดุธรรมชาติ ได้แก่ ใยนุ่น และดอกหญ้าคา มาทำการดูดซับน้ำมันดิบและน้ำมันเตา และคำนวณร้อยละประสิทธิภาพในการดูดซับ ดังแสดงผลการวิจัยในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบจากวัสดุธรรมชาติ

วัสดุธรรมชาติ	ร้อยละประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบ	
	2 นาที	10 นาที
ใยนุ่น	99.28	99.39
ดอกหญ้าคา	98.52	99.60

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาจากวัสดุธรรมชาติ

วัสดุธรรมชาติ	ร้อยละประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตา	
	2 นาที	10 นาที
ใยนุ่น	99.16	92.78
ดอกหญ้าคา	96.55	86.64

จากผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่าประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบของใยนุ่นที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 99.28 และ 99.39 ตามลำดับ พบว่าใยนุ่นมีประสิทธิภาพดูดซับได้ดีที่สุด คือ เวลา 10 นาที รองลงมา คือ 2 นาที และประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบของดอก

หญ้าคาที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 98.52และ 99.60 ตามลำดับ พบว่าดอกหญ้าคามีประสิทธิภาพดูดซับได้ดีที่สุด คือ เวลา 10 นาที รองลงมา คือ 2 นาที

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบของวัสดุธรรมชาติ พบว่า วัสดุดูดซับจากธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด คือ ใยนุ่น และดอกหญ้าคา โดยแปรเปลี่ยนเวลาดูดซับน้ำมันดิบที่แตกต่างกัน คือ 2 และ 10 นาที เมื่อพิจารณาวัสดุดูดซับจากธรรมชาติแต่ละชนิด พบว่า วัสดุดูดซับจากธรรมชาติที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบได้ดีที่สุด คือ ดอกหญ้าคา ที่เวลา 10 นาที รองลงมา คือ ใยนุ่น ที่เวลา 10 นาที และพบว่าวัสดุดูดซับจากธรรมชาติแต่ละชนิดมีความสามารถในการดูดซับน้ำมันดิบได้ดี ที่เวลาเดียวกันคือ 10 นาที

จากผลการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาของใยนุ่น ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 99.16 และ 92.78 ตามลำดับ พบว่าใยนุ่นมีประสิทธิภาพดูดซับได้ดีที่สุด คือ เวลา 2 นาที รองลงมา คือ 10 นาที และประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาของดอกหญ้าคา ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 96.55และ 86.64 ตามลำดับ พบว่า ดอกหญ้าคา มีประสิทธิภาพดูดซับได้ดีที่สุด คือ ที่เวลา 2 นาที รองลงมา คือ 10 นาที

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาของวัสดุธรรมชาติ พบว่า วัสดุดูดซับจากธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด คือ ใยนุ่น และดอกหญ้าคา โดยแปรเปลี่ยนเวลาดูดซับน้ำมันเตาที่แตกต่างกัน คือ 2 และ 10 นาที เมื่อพิจารณวัสดุดูดซับจากธรรมชาติแต่ละชนิด พบว่า วัสดุดูดซับจากธรรมชาติที่มีประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาได้ดีที่สุด คือ ใยนุ่น ที่เวลา 2 นาที รองลงมาคือ ดอกหญ้าคา ที่เวลา 2 นาที และพบว่าวัสดุดูดซับจากธรรมชาติแต่ละชนิดมีความสามารถในการดูดซับน้ำมันดิบเตาได้ดี ที่เวลาเดียวกันคือ 2 นาที

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันจากวัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ ใยนุ่น และดอกหญ้าคา ที่ปริมาตรน้ำมัน 5 มิลลิลิตร โดยมีการแปรเปลี่ยนเวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที และนำมาคำนวณร้อยละประสิทธิภาพในการดูดซับ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. น้ำมันดิบ

จากการวิจัยประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบของใยนุ่น ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 99.28 และ 99.39 ตามลำดับ พบว่าใยนุ่นมีประสิทธิภาพดูดซับได้ดีที่สุด คือ ที่เวลา 10 นาที รองลงมา คือ 2 นาที

จากการวิจัยประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบของดอกหญ้าคา ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 98.52 และ 99.60 ตามลำดับ พบว่าดอกหญ้าคามีประสิทธิภาพดูดซับได้ดีที่สุด คือ ที่เวลา 10 นาที รองลงมา คือ 2 นาที

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันดิบ พบว่า วัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด สามารถดูดซับน้ำมันได้ดีที่สุดที่เวลาเดียวกันคือ 10 นาที โดยดอกหญ้าคา มีประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบได้ดีที่สุด รองลงมาคือ ใยนุ่น

2. น้ำมันเตา

จากการวิจัยประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาของใยนุ่น ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 99.16 และ 92.78 ตามลำดับ พบว่าใยนุ่นมีประสิทธิภาพดูดซับได้ดีที่สุด คือ ที่เวลา 2 นาที รองลงมา คือ 10 นาที

จากการวิจัยประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาของดอกหญ้าคา ที่เวลาการดูดซับ 2 และ 10 นาที มีค่าร้อยละ 96.55 และ 86.64 ตามลำดับ พบว่าดอกหญ้าคามีประสิทธิภาพดูดซับได้ดีที่สุด คือ ที่เวลา 2 นาที รองลงมา คือ 10 นาที

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดซับน้ำมันเตา พบว่า โดยภาพรวมวัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด สามารถดูดซับน้ำมันได้ดีที่สุดที่เวลาเดียวกันคือ 2 นาที โดยใยนุ่นมีประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตาได้ดีที่สุด รองลงมาคือ ดอกหญ้าคา

ใยนุ่นมีความสามารถในการดูดซับน้ำมันได้ดี เนื่องจากประกอบด้วยเส้นใยที่มีโครงสร้างเป็นโพรงภายใน จึงมีน้ำหนักเบาและสามารถลอยบนผิวน้ำได้ อีกทั้งมีคุณสมบัติที่ไม่ชอบน้ำ (Hydrophobicity) และมีการดูดซับน้ำมันได้ดี (Oleophilic) ซึ่งเกิดจากชั้นเคลือบผิวที่เป็นขี้ผึ้ง กล่าวคือไขขี้ผึ้งนี้ประกอบไปด้วยสารจำพวกกรดไขมัน แอลดีไฮด์ และแอลกอฮอล์ ทำให้ช่วยเพิ่มแรงยึดเหนี่ยวระหว่างโมเลกุลของน้ำมันกับตัวเส้นใยนุ่นได้ดี[8] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Carla Gonçalves Albuquerque และคณะ[9] ที่ได้นำใยนุ่นไปดูดซับน้ำมันดีเซลซึ่งมีความหนาแน่น 0.83 - 0.85 กรัม/มิลลิลิตร พบว่า สามารถดูดซับได้ถึงจุดสมดุลที่ 37 กรัม/กรัม ภายในระยะเวลา 5 นาที และการดูดซับมีค่าเพิ่มขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น

ดอกหญ้าคา มีความสามารถในการดูดซับน้ำมัน ได้ดี เนื่องจากมีคุณสมบัติที่ไม่ชอบน้ำ (Hydrophobicity) และมีการดูดซับน้ำมันได้ดี (Oleophilic) เมื่อพิจารณาโครงสร้างของเส้นใย พบว่าพื้นผิวมีลักษณะขรุขระและเป็นรอยหยัก มีช่องว่างระหว่างอนุภาคเส้นใย จึงช่วยในการดูดซับน้ำมันได้ดี อีกทั้งมีความหนาแน่นต่ำ 0.34 กรัม/มิลลิลิตร จึงสามารถลอยอยู่บนผิวน้ำมันได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shariff Ibrahim และคณะ[10] ที่กล่าวว่า หญ้าคาสามารถดูดซับน้ำมันอย่างรวดเร็วโดยจะถึงจุดสมดุลภายในเวลา 5 นาที โดยมีการดูดซับสูงสุดที่ 1.33 กรัม/กรัม และมีการดูดซับน้ำมันได้มากกว่าร้อยละ 96

จากผลการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดิบ โดยการแปรเปลี่ยนเวลาในการดูดซับของวัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด พบว่า วัสดุธรรมชาติดูดซับน้ำมันได้ดีที่เวลาเดียวกันคือ 10 นาที โดยพบว่าดอกหญ้าคา มีประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันได้ดีกว่าใยนุ่น เนื่องจากช่อดอกที่อ่อนนุ่มคล้ายปุยฝ้ายและมี ช่อดอกย่อย (Spikelets) ปกคลุมด้วยขนไหมอย่างหนาแน่น จึงมีพื้นที่ผิวจำนวนมากที่จะใช้ในการดูดซับน้ำมัน และช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูดซับน้ำมัน ได้ดีกว่าใยนุ่น

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันเตา โดยการแปรเปลี่ยนเวลาในการดูดซับของพืชทั้ง 2 ชนิด พบว่า โดยภาพรวมวัสดุธรรมชาติดูดซับน้ำมันได้ดีที่เวลาเดียวกันคือ 2 นาที โดยพบว่าใยนุ่น มีประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมันดีที่สุด เนื่องจากมีลักษณะโครงสร้างเป็นเส้นใยกลวง (Hollow lumen) และเคลือบด้วยชั้นขี้ผึ้งธรรมชาติ ส่งผลให้มีคุณสมบัติที่ไม่ชอบน้ำ (Hydrophobicity) และมีคุณสมบัติในการดูดซับน้ำมันได้ดี (Oleophilic) ซึ่งเกิดจากชั้นเคลือบผิวที่เป็นขี้ผึ้งจึงสามารถดูดซับน้ำมันได้ดีกว่าดอกหญ้าคา

เมื่อเปรียบเทียบชนิดของน้ำมันที่มีผลต่อเวลาในการดูดซับ พบว่า น้ำมันเตามีประสิทธิภาพในการดูดซับดีที่สุดที่เวลา 2 นาที แต่น้ำมันดิบใช้เวลาที่นานกว่าคือ 10 นาที ทั้งนี้เนื่องจาก น้ำมันเตามีความหนาแน่น 0.991 กรัม/มิลลิลิตร ซึ่งมีค่ามากกว่าน้ำมันดิบ 0.833 กรัม/มิลลิลิตร ส่งผลให้มีความหนืดที่มากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Huimin Wu และคณะ[11] ที่กล่าวว่า น้ำมันที่มีความหนาแน่นมาก จะมีความหนืดมาก กล่าวคือ ความหนืดที่มีค่ามากส่งผลให้น้ำมันมีความเหนียวสูง จึงจับตัวกับวัสดุธรรมชาติได้ดี ดังนั้นเมื่อนำวัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด ไปทำการดูดซับ น้ำมันเตาจึงสามารถถูกดูดซับได้ดีและใช้เวลาในการดูดซับที่น้อยกว่าน้ำมันดิบ

ข้อเสนอแนะ

1. วัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด มีประสิทธิภาพที่ดีในการนำไปใช้ดูดซับน้ำมัน สามารถนำผลการศึกษาไปเสนอต่อหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น กรมทรัพยากรชายฝั่งทางทะเลและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม บริษัท ปตท. น้ำมันและการค้าปลีก จำกัด (มหาชน) เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กำจัดน้ำมันที่รั่วไหลในสิ่งแวดล้อม

2. วัสดุธรรมชาติทั้ง 2 ชนิด สามารถนำไปดัดแปลงโดยการบรรจุในบรรจุภัณฑ์เพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการใช้งานในการดูดซับน้ำมันใน

แหล่งน้ำธรรมชาติ เช่น การบรรจุวัสดุธรรมชาติในตาข่าย

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดูดซับน้ำมัน โดยการคัดเลือกวัสดุจากธรรมชาติที่มีคุณสมบัติที่คล้ายกันและสามารถดูดซับน้ำมันได้ดี เช่น พืชที่มีโครงสร้างที่มีลักษณะเป็นรูพรุน มีขนฟู มีเส้นใย ไม่ชอบน้ำ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ บริษัท ปตท. น้ำมันและการค้าปลีก จำกัด (มหาชน) ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์น้ำมันดิบและน้ำมันเตา ทั้งให้ความอนุเคราะห์ในด้านข้อมูลในการนำมาใช้ทดลองวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Lu J, Chen L, Xu D.(2024). Study on the oil spill transport behavior and multifactorial effects of the Lancang River crossing pipeline. Applied Sciences. 2024; 14(8): 1-20.
2. กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง (2556). น้ำมันรั่วไหลในทะเล.[อินเตอร์เน็ต]. 2569. [สืบค้นเมื่อ 25 เม.ย.69]. เข้าถึงจาก: https://km.dmcr.go.th/th/c_59/s_75/d_18218
3. ศิริรัตน์ บุญโสภา.(2561). การขจัดคราบน้ำมันในทะเล. วารสารวิชาการโรงเรียนนายเรือ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 1(1): 61-69.
4. พงษ์ธิพันธ์ ผึ่งผาย, อำนวย วัฒนกรสิริ และนภาพร แข่งขัน.(2561). การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดซับคราบน้ำมันโดยใช้วัสดุที่มีรูพรุนนาโนเทคโนโลยีธรรมชาติ. วารสารวิทยาศาสตร์ คชสาส์น 2561; 40(1): 38-49.
5. บุษยมาศ บุญตา, จิรพัฒน์ กิจสุวรรณ และนิรมล วิริยวุฒิวงศ์.(2567). การศึกษาการดูดซับน้ำมันและไขมันจากน้ำเสียสังเคราะห์โดยใช้ดอกธูปฤาษีและผักตบชวาเป็นวัสดุดูดซับ. วารสารวิชาการ 2567; 3(1): 23-28.
6. Hasan MM.(2025). Kapok fiber: Properties, processing and applications [Internet]. 2025. [cited 2026 April 26]. Available from: https://www.textileblog.com/kapok-fiber-properties-processing-and-applications/
7. Farah EK, Siti AA, Nur NZ, Noor AS, Suriana S, Alyza AA, Khalilah AK, Gayathiri V, Claudio GF, and Azham Z.(2021). Application of Cogon Grass (Imperata cylindrica) as Biosorbent in Diesel-Filter System for Oil Spill Removal. Agronomy. 2021; 11(11): 1-16.
8. Check SQ, Norzita N, Muhammad AAZ.(2020). The oil-absorbing properties of kapok fibre – a commentary. Journal of Taibah University for Science. 2020; 14(1): 507-512.
9. Carla GA, Lucas M, João IS, Leonardo MT, Magalhães O, Jaly MEF, Aderjane FL, and Reimar OL.(2021). Comparative study of diesel sorption performance between Chorisia speciosa fibers and a commercial polyurethane foam. Revista Materia. (2021); 26(1): 1-9.
10. Shariff I, Siti NIBB, Borhanuddin A, M.A.K.M Hanafiah, and Nesamalar K.(2018). Cogon Grass for Oil Sorption: Characterization and Sorption Studies. Key Engineering Materials. 2018; 775: 359-364.
11. Huimin W, Tao L, Xinru X, and Jingyi Y.(2025). Enhanced Viscosity Reduction of Heavy Oil by a Synthesized Extended Anionic Surfactant: Mechanistic Exploration and Performance Evaluation. ACS Omega. 2025; 10(42): 49477-49489.

ผลของโปรแกรมสานพลังครอบครัวต่อการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเขตอำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา

Effects of Family Empowerment Program on Symptom Management and Comfort among Palliative Care Patients in Ratchasasan District, Chachoengsao Province.

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

จีรศักดิ์ พุทธนิยม[1]
Geerasak Puttaniyom

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) นี้เป็นแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสานพลังครอบครัว (4Es) ต่อสมรรถนะการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลและระดับความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือคู่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอราชสาส์น จำนวน 10 คู่ ซึ่งศึกษาจากประชากรทั้งหมดและเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมสานพลังครอบครัว (4Es) และนวัตกรรมกล่องปันสุข 2) แบบประเมินสมรรถนะการจัดการอาการ และ 3) แบบประเมินความสุขสบายของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.45 (SD = 0.52) เป็น 4.12 (SD = 0.48) ผู้ดูแลหลักร้อยละ 90.00 มีสมรรถนะในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) โดยทักษะที่มีความสามารถสูงที่สุดคือการจัดการภาวะเหนื่อยหอบและการจัดท่า นวัตกรรมกล่องปันสุข ร่วมกับการติดตามผ่านระบบแอปพลิเคชัน LINE ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: โปรแกรมสานพลังครอบครัว, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การจัดการอาการ, กล่องปันสุข

Abstract

This quasi-experimental research, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effectiveness of the Family Empowerment Program (4Es) on caregivers' symptom management competency and the comfort level of terminal patients. The sample consisted of 10 pairs of terminal patients and their primary caregivers residing in Ratchasasan District, selected through total enumeration and purposive sampling. The research instruments included: 1) the Family Empowerment Program (4Es) and the "Palliative Kit" innovation, 2) a Symptom Management Competency Scale, and 3) a Patient Comfort Scale. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test. The results revealed that After participating in the program, the mean comfort level score of terminal patients was significantly higher than before the intervention ($p < .05$), increasing from 2.45 (SD = 0.52) to 4.12 (SD = 0.48). 90.00% of primary caregivers achieved the symptom management competency threshold (80%). The highest competency scores were observed in managing dyspnea and patient positioning. The "Palliative Kit" innovation, combined with follow-up via the LINE application, effectively enhanced caregiver confidence and reduced anxiety regarding home-based care.

Keywords: Family Empowerment Program, Terminal Patients, Comfort Level, Symptom Management, Palliative Kit

[1] พย.บ. อำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

สถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) เป็นความท้าทายระดับโลกที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่ออุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และโรคมะเร็ง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยกว่า 56.8 ล้านคนต่อปี ที่ตกอยู่ในภาวะความทุกข์ทรมานด้านสุขภาพที่รุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลในปี พ.ศ. 2568 ชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องกว่า 5.9 แสนราย[2] ซึ่งข้อมูลนี้ไม่ได้เป็นเพียงสถิติทางการแพทย์ แต่สะท้อนถึงจำนวน "ชีวิต" ที่กำลังเผชิญกับช่วงเวลาที่ยากลำบากที่สุดก่อนวาระสุดท้ายจะมาถึง หัวใจสำคัญของการพยาบาลในระยะสุดท้ายมิใช่การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาดจากโรค แต่เป็นการมุ่งเน้นการสร้างเสริม "คุณภาพการเสียชีวิต" (Quality of Death) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาสุดท้ายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ [3] สอดคล้องกับแนวคิดความปรารถนาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ต้องการพำนักและจากไปอย่างสงบ ณ บ้านของตนเอง (Death at home) ท่ามกลางสายใยความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว[4] อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Transition of Care) ในทางปฏิบัติมักพบกับอุปสรรคสำคัญคือ ความเหลื่อมล้ำของขีดความสามารถในการดูแลระหว่างสถาบันทางการแพทย์และระดับครัวเรือน ในบริบทของ อำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทเกษตรกรรมที่มีลักษณะสังคมเครือญาติเข้มแข็ง ครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยพยาบาลหลักที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท่ามกลางข้อจำกัดที่ซับซ้อน จากการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่ พบความจริงเชิงประจักษ์ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญกับภาวะภาระการดูแล (Caregiver Burden) อย่างหนัก ทั้งทางด้านร่างกายที่เหนื่อยล้าและด้านจิตใจที่บอบช้ำจากความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการรบกวน (Symptom Management) ที่จัดการได้ยาก เช่น อาการปวดที่รุนแรงจนผู้ป่วยร้องครวญคราง ภาวะหายใจลำบากที่สร้างความตระหนก หรือความสับสนกระสับกระส่ายในช่วงกลางคืน ความไม่พร้อมในด้านทักษะและความมั่นใจนี้เอง เป็นปัจจัยชักนำสำคัญที่ทำให้ครอบครัวตัดสินใจพาผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น (Unplanned Re-admission) ซึ่งนอกจากจะสร้างความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแล้ว ยังขัดต่อเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่ต้องการจากไปอย่างสงบในบ้านของตนเอง

จากปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนครอบครัวที่เน้น "การเสริมพลัง" (Empowerment) อย่างเป็นระบบ เพื่อเปลี่ยนบทบาทสมาชิกในครอบครัวจากเพียง "ผู้ช่วยดูแล" ให้ยกระดับขึ้นเป็น "ผู้จัดการอาการที่มีสมรรถนะสูง" (Competent Symptom Manager) โดยอาศัยกลไก 4Es (Educate, Empower, Equip, Evaluate) ซึ่งเป็นการเสริมทักษะการพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ครอบครัว ผสานเข้ากับทฤษฎีความสุขสบาย (Comfort Theory) ของ Kolcaba ที่ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม และสังคมวัฒนธรรม เพื่อสร้างสภาวะความสุขสบายสูงสุดให้แก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของ "โปรแกรมสานพลังครอบครัว" เพื่อพิสูจน์ว่าการเสริมสร้างศักยภาพภายในครอบครัวร่วมกับกลไกสนับสนุนเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจให้แก่ครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลบุคคลอันเป็นที่

รักอย่างสง่างาม ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่อำเภอราชสาส์น และเป็นต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาลสำหรับพื้นที่ชนบทอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันสืบไป [5, 6, 7]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว

2. เพื่อศึกษาความสามารถของครอบครัวในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมสานพลังครอบครัว มีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการศึกษาช่วงเมษายน – มิถุนายน 2569 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิด การเสริมพลัง (Empowerment) ร่วมกับกลไกสนับสนุนครอบครัว 4Es เพื่อสร้างสมรรถนะในการดูแล โดยเชื่อมั่นว่าเมื่อครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ จะสามารถปรับบทบาทจากผู้ช่วยดูแลสู่การเป็น "ผู้จัดการอาการ" (Symptom Manager) ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายสูงสุดในวาระสุดท้ายของชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คู่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) และผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลแบบประคับประคองและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา เมษายน – มิถุนายน 2569 จำนวนทั้งสิ้น 10 คู่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมด (Total Enumeration) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคู่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 คู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตอำเภอราชสาส์นอย่างแท้จริง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

สำหรับผู้ป่วย 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและเข้าสู่ระยะท้าย 2) รับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

สำหรับผู้ดูแลหลัก 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน 2) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและการรับรู้ สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดโปรแกรม 2) ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจนไม่สามารถรับการประเมินความสุขสบายได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ชุดหลัก ดังนี้:

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ (Intervention Tools) คือ "โปรแกรมสานพลัง

ครอบครัว (4Es Model)" ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของกรมการแพทย์[1] ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการจัดการอาการรบกวนสำหรับผู้ดูแล (Palliative Home Care Manual) ฉบับพกพา

1.2 สื่ออินโฟกราฟิกสำหรับการประเมินความปวดและการจัดท่าทางเพื่อความสุขสบาย

1.3 นวัตกรรม "กล่องปันสุข" (Palliative Kit) บรรจุเวชภัณฑ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการ รบกวนเบื้องต้นที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Evaluation Tools)

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแล (ประเมินโดยการสังเกตทักษะและการสอบถาม)

2.3 แบบประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Comfort Scale) ซึ่งประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ Kolcaba[8]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity): เครื่องมือทั้งหมด เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80 **การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability):** นำแบบประเมินไปทำการทดลองใช้ (Try-out) กับคู่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลใกล้เคียงจำนวน 10 ราย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.97

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย (Research Procedures)

ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสานพลังครอบครัว 4Es เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะสร้างพลังและเตรียมความพร้อม (Educate, Empower & Equip)

1.1 Educate & Empower: จัดกิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ (Workshop) รายบุคคล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่ เน้นทักษะการประเมินอาการ (ปวด, เหนื่อย, แผลกดทับ) และสาธิตการพยาบาลเบื้องต้น พร้อมใช้เทคนิคการสร้างพลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล

1.2 Equip: มอบ "กล่องปันสุข" (ประกอบด้วย สำลี, แอลกอฮอล์, น้ำเกลือล้างแผล, เจลประคบร้อน/เย็น, ปรอทวัดไข้, แบบบันทึกความปวด Visual Analog Scale และเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินของ รพ.สต.เมืองใหม่ เครือข่ายพยาบาล 24 ชั่วโมง) และคู่มือการดูแล เพื่อให้พร้อมใช้งานทันที

สัปดาห์ที่ 2-4 ระยะสนับสนุนและติดตามผล (Evaluate)

1.3 Home Visit: ผู้วิจัยร่วมกับทีมเครือข่าย อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินทักษะการดูแลในสถานการณ์จริง

1.4 Tele-support: ให้การสนับสนุนและคำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือโทรศัพท์ได้ทันทีตลอด 24 ชั่วโมงเมื่อพบปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลส่วนบุคคล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การทดสอบสมมติฐาน: เปรียบเทียบคะแนนความสุขสบาย (ก่อน-หลัง) และเปรียบเทียบความสามารถกับเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยใช้สถิติ

Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มการขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่ PH_CCO_REC 051 /2569)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประเมินความสามารถของครอบครัวในการจัดการอาการรบกวนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 72.40 ปีส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะท้าย (ร้อยละ 60.00) ในส่วนของผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือหลาน (ร้อยละ 70.00) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา (ร้อยละ 80.00) โดยมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 ปี (S.D. = 1.15)

หลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 4.12 (S.D. = 0.48) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 (S.D. = 0.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$)

ผลการประเมินความสามารถของครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมในภาพรวม ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ร้อยละ 90.00 (จำนวน 9 คน จากทั้งหมด 10 คน) มีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ที่กำหนดไว้ โดยทักษะที่ทำได้ดีที่สุดคือการจัดการความปวดและการบริหารยาร่วมกับการจัดการภาวะเหนื่อยหอบและการจัดท่า (ร้อยละ 90.00)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสานพลังครอบครัว (4Es) ต่อสมรรถนะการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังจากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คู่ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สรุปได้ดังนี้ โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มระดับความสุขสบาย (Comfort Level) ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสบายเพิ่มขึ้นจาก 2.45 (SD = 0.52) ก่อนเริ่มโปรแกรม เป็น 4.12 (SD = 0.48) หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยมีค่าผลต่างเฉลี่ย (Mean Difference) อยู่ที่ 1.6 ครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 90.00 มีสมรรถนะในการจัดการอาการรบกวนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ที่ยอมรับได้ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสานพลังครอบครัวสามารถเพิ่มระดับความสุขสบายของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องอย่างชัดเจนกับหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนและสอดคล้องกับงานวิจับยนี้ได้แก่งานวิจัยของ นพวรรณ และคณะในภาคกลางของประเทศไทย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการ

เสริมพลังและสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐานที่บ้าน มีระดับความสุขสบายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับกลไก Equip (กล่องปันสุข) ในงานวิจัยนี้ที่ช่วยลดอุปสรรคในการจัดการอาการรบกวนทันทีที่บ้าน[9] และงานวิจัยของ สมชาย และคณะ ที่ทดลองใช้กระบวนการ "พยาบาลเยี่ยมบ้านเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายชุมชน" ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันคือผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการอาการเพิ่มขึ้น [10] แนวทางของสมาคมการพยาบาลแบบประคับประคองระดับสากล (WHPCA, 2024) เน้นย้ำความสำคัญของการเสริมพลัง (Empowerment) ร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะเจาะจงและการให้เครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ซึ่งสามารถลดอัตราการกลับมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นได้ร้อยละ 20-30 [11] ซึ่งสอดคล้องกับตำราของ Ferrell and Coyle ที่ระบุว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแล (Caregiver Competency) หากผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Self-Efficacy) จะส่งผลโดยตรงต่อความสุขสบายของผู้ป่วย [12] จากการศึกษาของ Smith และคณะ ในสหราชอาณาจักร พบว่าการสนับสนุนแบบองค์รวมไม่เพียงแต่ช่วยลดอาการรบกวนทางกาย แต่ยังช่วยปรับปรุงมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้รู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแลอย่างใส่ใจ [13] ซึ่งผลลัพธ์นี้สนับสนุน ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura ที่ว่าการทำให้ผู้ดูแล "ประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง" ผ่านการสอนทักษะที่ทำได้จริง จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นที่ยั่งยืน (จันทิมา และคณะ, 2565)[14]นอกจากนี้ การลดลงของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) หลังจบโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ ที่อธิบายว่า โปรแกรมสนับสนุนที่เข้มข้นและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน (Intensive Home Visit) มีแนวโน้มจะลดความแปรปรวนของผลลัพธ์การพยาบาลลงได้ [15] สุดท้ายคือแนวคิดของ Kolcaba ที่ยืนยันว่าเมื่อความต้องการด้านร่างกายได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็วผ่านกลไกสนับสนุนที่เหมาะสม จะนำไปสู่สภาวะความสุขสบายองค์รวมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ[16]

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย: เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงอาจมีตัวแปรแทรกซ้อนจากการดำเนินโรคตามธรรมชาติ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (10 คู่) ซึ่งศึกษาจากประชากรทั้งหมดในพื้นที่ขนาดเล็ก การนำผลวิจัยไปอ้างอิงใช้ในบริบทที่ต่างออกไปจึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง

2. ข้อจำกัดด้านเวลา: ระยะเวลาติดตามผล 4 สัปดาห์ สามารถเห็นผลสัมฤทธิ์ในระยะสั้น แต่อาจยังไม่สะท้อนความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาว

3. โอกาสพัฒนา: ควรขยายผลเพิ่มกลุ่มควบคุมในการวิจัยครั้งถัดไป และประยุกต์ระบบ Tele-palliative ตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์จากการวิจัย

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในอำเภอราชสาส์นได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างทันท่วงที ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มความสุขสบายอย่างเห็นได้ชัด ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ สมรรถนะสูงขึ้น และลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ประโยชน์ต่อหน่วยงานและระบบสาธารณสุข: รพ.สต.เมืองใหม่ และเครือข่ายอำเภอราชสาส์น ได้รูปแบบการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม ลดอัตราการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น (Unplanned Re-admission) ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและภาระงานของโรงพยาบาลแม่ข่าย

3. ประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล: สร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ (Empirical Evidence) ด้านการพยาบาลประคับประคองในชุมชนปฐมภูมิ และ

เป็นต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสำหรับพื้นที่ชนบทที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรพิจารณานำ "โปรแกรมสานพลังครอบครัว (4Es)" และ "กล่องปันสุข (Palliative Kit)" บูรณาการเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแลที่เป็นรูปธรรมทั่วทั้งอำเภอ

1.2 ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ระบบ Tele-support (เช่น LINE Application) ในการให้คำปรึกษาเชิงรุก เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลได้อย่างรวดเร็ว

1.3 ควรมีการจัดอบรมทักษะการใช้โปรแกรม 4Es ให้แก่พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เชี่ยวชาญ เพื่อให้เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) ในการสนับสนุนครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงลึกเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์และความหมายของการใช้ "กล่องปันสุข" จากมุมมองของผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงนวัตกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนในชุมชนมากขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยติดตามผลสมรรถนะของผู้ดูแลและระดับความสุขสบายของผู้ป่วยที่ยาวนานขึ้น (Long-term Follow-up) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวน

2.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน (Comparative Study) เช่น ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้มีความเฉพาะเจาะจง (Tailor-made) ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์.(2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
2. นพวรรณ และคณะ.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;46(2):45-58.
3. สมชาย และคณะ.(2567). ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายชุมชนในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(1):12-25.
4. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA).(2024). Global Atlas of Palliative Care. 3rd ed. London: WHPCA; 2024.
5. Ferrell BR, Coyle N.(2020). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2020.
6. Smith J, et al.(2022). Effectiveness of home-based support programs for caregivers of terminal patients: A systematic review. Journal of Palliative Medicine. 2022;25(4):567-580.
7. จันทิมา และคณะ.(2565). การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(3):89-102.
8. Kolcaba K.(2003). Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publishing Company; 2003.
9. นพวรรณ พงษ์ศิริ และคณะ.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;46(2):45-58.

10. สมชาย รัตนจารุ และคณะ.(2567). ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายชุมชนในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(1):12-25.
11. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.(2024). Global Atlas of Palliative Care. 3rd ed. London: WHPCA; 2024.
12. Ferrell BR, Coyle N.(2020). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2020.
13. Smith J, et al.(2022). Effectiveness of home-based support programs for caregivers of terminal patients. Journal of Palliative Medicine. 2022;25(4):567-580.
14. จันทิมา พลอยแสง และคณะ.(2565). การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(3):89-102.
15. Chen L, et al.(2023). Intensive home visit interventions and clinical outcomes in palliative care: A meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2023;138:104412.
16. Kolcaba K.(2003). Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publishing Company; 2003.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนต่อระดับความเจ็บปวดและการจำกัดการทำหน้าที่ของข้อไหล่ในผู้ที่มีภาวะไหล่ติด: การศึกษาแบบย้อนหลัง

Effects of a Community Health Promotion Program on Shoulder Pain and Functional Limitation in Individuals with Adhesive Capsulitis: A Retrospective Study.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ปานปริญญ์ ปิ่นสกุล[1] ศศิธร พุฒฟัก[1] เบญจวรรณ ใจบุญ[2] ปารวี มุสิกรัตน์[3] พสธร สาริการินทร์[1] สุวิทย์ อริยชัยกุล[4]
Phanphrin Pinsakul[1] Sasithorn Putfuk[1] Benjawan Jaiboon[2] Paravee Musikarat[3] Potsatorn Sarikarin[1] Suwit Ariyachaikul[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในการลดระดับความเจ็บปวดและการจำกัดการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะไหล่ติด ในตำบลปากโทก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง โดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 311 ราย เข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ผลลัพธ์ประเมินด้วย Numeric Pain Rating Scale (NPRS) และแบบประเมินการจำกัดการทำหน้าที่ของข้อไหล่ (Shoulder Functional Limitation; SFL) โดยแบ่งผู้เข้าร่วมเป็น 3 กลุ่มตามภาวะข้อไหล่ ได้แก่ กลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย McNemar test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มสีเขียว (ไม่มีอาการปวด) มีจำนวน 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.8 กลุ่มสีเหลือง (ปวดแต่ยกสุด) จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.3 และกลุ่มสีแดง (ยกไหล่ไม่สุด) จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.9 หลังการทดลอง สัดส่วนผู้มีอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McNemar $\chi^2 = 27.273$, $p < .001$) โดยกลุ่มสีเหลืองฟื้นตัวสู่ภาวะปกติถึงร้อยละ 50 และพบว่าระดับความเจ็บปวด (NPRS) และการจำกัดการทำหน้าที่ (SFL) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.652$, $p < .001$, $r = 0.267$ และ $Z = -2.640$, $p = .008$, $r = 0.106$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ภาวะไหล่ติด; โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ; ชุมชน; การป้องกันเชิงรุก

Abstract

This study aimed to examine the effects of a community-based health promotion program on reducing pain levels and functional limitations among patients with frozen shoulder in Pak Thok Subdistrict, Mueang Phitsanulok District, Phitsanulok Province. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design with retrospective data analysis was employed. A total of 311 participants enrolled in a 6-week program conducted between October and November 2021. Outcomes were assessed using the Numeric Pain Rating Scale (NPRS) and the Shoulder Functional Limitation (SFL) scale. Participants were classified into three groups according to shoulder condition: the Green group, the Yellow group, and the Red group. Data were analyzed using the McNemar test and the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that prior to the intervention, 239 participants (76.8%) were in the Green group (no pain), 60 participants (19.3%) were in the Yellow group (pain present but full range of motion), and 12 participants (3.9%) were in the Red group (limited range of motion). Following the intervention, the proportion of

[1] งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
[2] งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย
[3] ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[4] ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

symptomatic participants declined significantly (McNemar χ^2 = 27.273, p < .001), with 50% of the Yellow group recovering to normal status. Pain levels (NPRS) and functional limitations (SFL) were significantly reduced (Z = -6.652, p < .001, r = 0.267 and Z = -2.640, p = .008, r = 0.106, respectively).

Keywords: Adhesive Capsulitis, Health Promotion Program, Community, Primary Prevention

บทนำ

ภาวะไหล่ติด (Adhesive Capsulitis หรือ Frozen Shoulder) เป็นโรคข้อต่อเรื้อรังที่เกิดจากการอักเสบและหนาตัวของเยื่อหุ้มข้อไหล่ นำไปสู่ capsular fibrosis และการจำกัดการเคลื่อนไหวในทุกทิศทาง[1]

ความชุกในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 2–5 แต่สูงถึงร้อยละ 20 ในผู้ป่วยเบาหวาน[2] ผู้ที่เป็นโรคนี้มักเผชิญกับอาการปวดและการจำกัดการเคลื่อนไหวนานถึง 1–3 ปี ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิต[3]

จากข้อมูลระบาดวิทยาในบริบทประเทศไทย พบว่าผู้ที่มีอายุ 50-60 ปีมีความเสี่ยงต่อภาวะไหล่ติดสูงกว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ถึง 13.43 เท่า และกลุ่มอายุ 61–65 ปี พบภาวะข้อไหล่ติดสูงถึง 16.79 เท่า[4] นอกจากนี้ต้นทุนรวมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติดสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะไหล่ติดถึง 4 เท่า[1] ซึ่งยิ่งตอกย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันในระยะแรก

แม้จะมีหลักฐานชัดเจนว่าการออกกำลังกายข้อไหล่และการให้ความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่แรกสามารถลดอาการและยับยั้งการดำเนินโรคได้[5] แต่โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน ยังมีอยู่น้อยมากในบริบทของประเทศไทย สภากายภาพบำบัดและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงร่วมนำร่องโครงการนักกายภาพบำบัดสร้างเสริมสุขภาพ (กสส.) ณ ตำบลปากโทก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในการลดระดับความเจ็บปวดและการจำกัดการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะไหล่ติด ในตำบลปากโทก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลองโดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective One-Group Pretest-Posttest Quasi-Experimental Study) รวบรวมข้อมูลจากโครงการ กสส. ที่ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม–พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนในพื้นที่ตำบล ปากโทกที่เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออกได้แก่ 1) มีโรคทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของแขน และ 2) แบบบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่วิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 311 ราย

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 6 สัปดาห์ โดยจัดตั้งแกนนำป้องกันไหล่ติด 55 คน เพื่อร่วมกับนักกายภาพบำบัด ออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในการลดระดับความเจ็บปวดและการจำกัดการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะไหล่ติด และผ่านการอบรมโดยนักกายภาพบำบัด จากนั้นมอบหมายแกนนำป้องกันไหล่ติด ติดตามกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะข้อไหล่ด้วยตนเองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2) ออกกำลังกายข้อไหล่วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และ 3) การส่งต่อผู้ที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อเข้ารับบริการกายภาพบำบัด

ท่าออกกำลังกายประกอบด้วย 1) การยืดกล้ามเนื้อหน้าอกและหัวไหล่ด้านหน้า (Self-stretching for pectoral muscles) 2) การยืดกล้ามเนื้อหัวไหล่ด้านหลัง(Self-stretching for

Triceps muscles) 3) การยืดกล้ามเนื้อสะบักและเอ็นข้อไหล่ Rotator cuff 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงกลุ่ม Shoulder flexor และ Abductor (Active Exercise with Flexion and abduction) การจำแนกกลุ่ม ผู้เข้าร่วมประเมินภาวะ ข้อไหล่ตนเองและจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่ม สีเขียว: ไม่มีอาการปวดไหล่ 2) กลุ่มสีเหลือง: ปวดไหล่แต่ยกแขนได้เต็มองศา 3) กลุ่มสีแดง: ยกไหล่ไม่ได้เต็มองศา (มีการจำกัด ROM)

เครื่องมือวัดผล 1) Numeric Pain Rating Scale (NPRS) คะแนน 0–10 ซึ่งมีความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือที่ยืนยันในทางคลินิก[6] 2) Shoulder Functional Limitation (SFL) 4 รายการ ได้แก่ การหยิบของที่สูง การสวมเสื้อเชิ้ต การปลดตะขอชั้นใน/เอื้อมมือถูหลัง และการหวีผม ซึ่งอิงจากองศาการเคลื่อนไหวขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับกิจวัตรประจำวัน[7]

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานรายงานเป็นค่าเฉลี่ย ± SD หรือมัธยฐาน (IQR) ตามการกระจายของข้อมูล การเปรียบเทียบสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงภาวะข้อไหล่ก่อน-หลังใช้ McNemar test การเปรียบเทียบ NPRS และ SFL ก่อน-หลังใช้ Wilcoxon signed-rank test Effect size รายงานเป็น r = Z/√2n สำหรับ Sub-group analysis 3 คู่ ปรับค่า p-value ด้วย Bonferroni correction for multiple comparison ($p < 0.017$)[8]

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 311 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 210 ราย (ร้อยละ 67.5) โดยพบสัดส่วนเพศหญิงสูงสุดในกลุ่มสีแดง (ร้อยละ 83.3) อายุเฉลี่ยโดยรวม 59.99 ± 11.51 ปี (พิสัย 30–85 ปี) กลุ่มสีเหลืองมีอายุเฉลี่ยสูงสุด (63.23 ± 10.05 ปี) ผู้เข้าร่วมมีโรคประจำตัวรวม 152 ราย (ร้อยละ 48.9) โดยกลุ่มสีแดงมีสัดส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวสูงสุด (ร้อยละ 75.0) เมื่อพิจารณาชนิดโรคประจำตัว พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดในทุกกลุ่ม (ร้อยละ 69.7 ของผู้ที่มีโรคประจำตัว) อย่างไรก็ตาม ที่น่าสังเกตคือ กลุ่มสีเหลืองมีสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานสูงถึงร้อยละ 72.7 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวในกลุ่มเดียวกัน สูงกว่ากลุ่มสีเขียว (ร้อยละ 23.6) อย่างเด่นชัด รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n = 311)

ตัวแปร	กลุ่มสีเขียว (n = 239)	กลุ่มสีเหลือง (n = 60)	กลุ่มสีแดง (n = 12)	รวมทุกกลุ่ม (n = 311)
เพศ n (%)				
ชาย	76 (31.8)	23 (38.3)	2 (16.7)	101 (32.5)
หญิง	163 (68.2)	37 (61.7)	10 (83.3)	210 (67.5)
อายุ (ปี)[a]				
Mean ± SD	59.24 ± 11.84	63.23 ± 10.05	58.75 ± 9.53	59.99 ± 11.51
พิสัย (Min – Max)	30 – 85	37 – 85	45 – 80	30 – 85
95% CI	57.73, 60.75	60.64, 65.83	52.70, 64.80	58.71, 61.28
โรคประจำตัว n (%)				
มี	110 (46.0)	33 (55.0)	9 (75.0)	152 (48.9)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n = 311)

ตัวแปร	กลุ่มสีเขียว (n = 239)	กลุ่มสีเหลือง (n = 60)	กลุ่มสีแดง (n = 12)	รวมทุกกลุ่ม (n = 311)
ไม่มี	129 (54.0)	27 (45.0)	3 (25.0)	159 (51.1)
ชนิดโรคประจำตัว[b]				
n (%)				
ความดันโลหิตสูง	79 (71.8)	21 (63.6)	6 (66.7)	106 (69.7)
ไขมันในเลือดสูง	65 (59.1)	15 (45.5)	4 (44.4)	84 (55.3)
เบาหวาน	26 (23.6)	24 (72.7)	5 (55.6)	55 (36.2)
รูมาตอยด์	0 (0.0)	2 (6.1)	1 (11.1)	3 (2.0)
เกาต์	4 (3.6)	0 (0.0)	1 (11.1)	5 (3.3)
สะเก็ดเงิน	0 (0.0)	1 (3.0)	0 (0.0)	1 (0.7)

หมายเหตุ: Statistics report based on normal distribution unless otherwise specified; normal distribution test with Kolmogorov-Smirnov test for > 50 subjects and Shapiro-Wilk test with Lillifores correction for <50 subjects

การเปลี่ยนแปลงภาวะข้อไหล่โดยรวม ก่อนการทดลอง มีผู้เข้าร่วมที่มีอาการปวดไหล่เพียงอย่างเดียวหรือมีอาการปวดร่วมกับภาวะไหล่ติด (กลุ่มสีเหลือง-แดง) จำนวน 72 ราย (ร้อยละ 23.2) หลังการทดลอง กลุ่มดังกล่าวมีจำนวนลดลงเหลือ 41 ราย (ร้อยละ 13.2) โดยพบว่ามีผู้ที่อาการดีขึ้นจนอยู่ในภาวะปกติ (เปลี่ยนจากกลุ่มสีเหลือง-แดงสู่กลุ่มสีเขียว) จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 11.9) ในขณะที่มีผู้ที่อาการเพิ่มขึ้น (เปลี่ยนจากกลุ่มสีเขียวสู่กลุ่มสีเหลือง-แดง) เพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.3) เมื่อวิเคราะห์ด้วย McNemar test พบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีอาการลดลงต่อผู้ที่มีอาการเพิ่มขึ้น มีความแตกต่าง ก่อน-หลัง การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถลดความรุนแรงของอาการไหล่ได้อย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาในเชิงความสำคัญทางคลินิก พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีอาการลดลง (เปลี่ยนจากกลุ่มสีเหลือง-แดง เป็น กลุ่มสีเขียว) 11.9% ต่อสัดส่วนผู้ที่มีอาการเพิ่มขึ้น (เปลี่ยนจาก กลุ่มสีเขียว เป็น กลุ่มสีเหลือง-แดง) 0.3% (เพียง 1 คน) เท่ากับ 39.7 เท่า แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงภาวะข้อไหล่ก่อน-หลังการทดลอง (McNemar test, n = 311)

กลุ่ม		หลังทดลอง n (%)[a]		รวม	Test statistic	p-value
		กลุ่มสีเขียว	กลุ่มสีเหลือง-แดง			
ก่อนทดลอง n (%)[a]	**กลุ่มสีเขียว**	238 (76.5)	1 (0.3)	239 (76.8)	27.273 (1)	0.000*
	กลุ่มสีเหลือง-แดง	32 (11.9)	40 (12.9)	72 (23.2)		
	รวม	270 (86.8)	41 (13.2)	311 (100)		

*หมายเหตุ: [a]ค่าร้อยละ คำนวณจากฐานของอาสาสมัครทั้งหมด (311 คน), [b]McNemar test (degree of freedom) * Asymptotic significant at p < .01*

Sub-group analysis เมื่อวิเคราะห์รายกลุ่มย่อยด้วย Bonferroni correction for multiple comparison พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในการเปรียบเทียบกลุ่มสีเขียว-สี

เหลือง (McNemar χ^2 = 25.290, p < .001) โดยกลุ่มสีเหลืองร้อยละ 50 (30 จาก 60 ราย) กลับมาสู่ภาวะปกติ ขณะที่การเปรียบเทียบกลุ่มสีเหลือง-แดง (p = 1.000) และกลุ่มสีเขียว-แดง (p = 0.500) ไม่มีความแตกต่างก่อน-หลังการทดลอง กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงในภาพรวมที่พบในตารางที่ 2 เกิดจากการฟื้นตัวของกลุ่มสีเหลืองสู่กลุ่มสีเขียวเป็นหลัก

ระดับความเจ็บปวด (NPRS) ตารางที่ 3 แสดงการกระจายตัวของ NPRS ในแต่ละระดับและผล Wilcoxon signed-rank test ก่อนการทดลอง พิสัย NPRS อยู่ที่ 0–10 ผู้ที่ไม่มีอาการปวด (NPRS = 0) คิดเป็นร้อยละ 76.8 หลังการทดลอง พิสัยลดลงเหลือ 0–6 ไม่พบผู้ที่ปวดระดับ 7–10 และสัดส่วนผู้ที่ NPRS = 0 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.8 ผู้ที่ความเจ็บปวดลดลง (Negative Ranks) = 61 ราย (mean rank = 33.25) มากกว่าผู้ที่ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (Positive Ranks) = 3 ราย (mean rank = 17.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ NPRS และ SFL ก่อน-หลังการทดลอง (Wilcoxon signed-rank test, n = 311)

		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
NPRS (0 – 10)		0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
Pain score, n (%)	**0**	239 (76.8)	270 (86.8)
	1	3 (1.0)	3 (1.0)
	2	9 (2.9)	9 (2.9)
	3	14 (4.2)	10 (3.2)
	4	17 (5.5)	9 (2.9)
	5	14 (4.5)	7 (2.3)
	6	7 (2.3)	3 (1.0)
	7	2 (0.6)	
	8	4 (1.3)	
	9	1 (0.3)	
	10	1 (0.3)	

$NRPS_2 - NRPS_1$	Ties	Negative Ranks	Positive Ranks	Z-score[a]	p-value[b]	Effect size (*r*)[c]
Mean Rank		33.25	17.33			
(n, %)	247 (79.4)	61 (19.6)	3 (1.0)	-6.652	.000*	0.267

NRPS: Numeric Pain Rating Scale; ranged from 0 – 10; median (interquartile range, IQR), Pain score: number (percentage) of samples in each scale NRPS1 – NRPS2: comparison of pre- and post-intervention, Ties: NRPS1 = NRPS2, Negative Ranks: NRPS1 > NRPS2, Positive Ranks: NRPS1 < NRPS2

[a]Wilcoxon signed ranks test, (Z-scores), bAymptotic significance, cEffect size (r) = |Z|/2n when z-scores = -6.653 and n = 311

**significant difference at p-value < 0.01*

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการจำกัดการทำหน้าที่ของข้อไหล่ (SFL) ก่อน-หลังการทดลอง (Wilcoxon signed-rank test, n = 311)

		ก่อนทดลอง			หลังทดลอง	
SFL (0 – 4)		0.0 (0.0)			0.0 (0.0)	
Number of SFL n (%)	**0**	299 (96.1)			302 (97.1)	
	1	5 (1.6)			6 (1.9)	
	2	5 (1.6)			3 (1.0)	
	3	1 (0.3)				
	4	1 (0.3)				
$SFL_2 - SFL_1$	**Ties**	**Negative Ranks**	**Positive Ranks**	**Z-score[a]**	**p-value[b]**	**Effect size (r)[c]**
Mean Rank		4.5	0.0			
(n, %)	303 (97.4)	8 (2.6)	0 (0.0)	-2.640	.008*	0.106

SFL: *Shoulder Functional Limitation; ranged from 0 – 4; median (interquartile range, IQR),* ***Number of SFL:*** *number (percentage) of samples in each shoulder functional limitation,* ***$SFL_2 - SFL_1$:*** *comparison of shoulder functional limitation pre- and post-intervention,* ***Ties:*** *$SFL_1 = SFL_2$,* ***Negative Ranks:*** *$SFL_1 > SFL_2$,* ***Positive Ranks:*** *$SFL_1 < SFL_2$*

[a]Wilcoxon signed ranks test, (Z-scores), [b]Aymptotic significance, [c]Effect size (r) = $\frac{Z}{2n}$ when z-scores = -2.640 and n = 311

**significant difference at p-value < 0.01*

การจำกัดการทำหน้าที่ของข้อไหล่ (SFL) ตารางที่ 4 แสดงการกระจายตัวของ SFL และผล Wilcoxon signed-rank test ก่อนการทดลอง พิสัย SFL อยู่ที่ 0–4 รายการ หลังการทดลอง พิสัยลดลงเหลือ 0–2 รายการ ไม่พบผู้ที่มีการจำกัดการทำหน้าที่มากกว่า 2 รายการ สัดส่วนผู้ที่ SFL = 0 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 96.1 เป็น 97.1 ผู้ที่การจำกัดการทำหน้าที่ลดลง (Negative Ranks) = 8 ราย (mean rank = 4.50) และไม่พบผู้ที่การจำกัดการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น (Positive Ranks = 0) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งไปในทิศทางเดียวกันกับ NPRS

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนต่อระดับความเจ็บปวดและการจำกัดการทำหน้าที่ของข้อไหล่ในผู้ที่มีภาวะไหล่ติด 6 สัปดาห์นี้ออกแบบภายใต้หลักการของ Ottawa Charter for Health Promotion ซึ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพให้เข้าถึงง่ายขึ้น กลไกสำคัญของโปรแกรมคือการจัดตั้งและฝึกอบรมแกนนำป้องกันไหล่ติดในชุมชน 55 คน ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานจาก Pitchalard และคณะ[9] ที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ Peer-training (เพื่อนช่วยเพื่อน) ผ่าน อสม. มีประสิทธิผลในการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนของสังคมไทยได้

ผลด้านประสิทธิผลที่ชัดเจนที่สุดคือกลุ่ม สีเหลืองร้อยละ 50 ฟื้นตัวสู่ภาวะปกติภายใน 6 สัปดาห์ ผลนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติที่ Vita และคณะ[10] รายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะที่มีอาการปวดเป็นหลักแต่ยังไม่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มีอัตราการฟื้นตัวดีกว่ากลุ่มที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวอย่าง มีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Berner และคณะ[11] ยืนยันในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบว่า

การแทรกแซงในระยะ Pain-predominant stage ให้ผลดีกว่าการรักษาในระยะหลัง ในเชิงหลักฐานการออกกำลังกาย Mertens และคณะ[12] ได้ทบทวนและวิเคราะห์อภิมาน 65 การศึกษา สรุปว่าการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญในการลดความเจ็บปวดและปรับปรุงการทำหน้าที่ของข้อไหล่ในผู้ป่วยไหล่ติด ซึ่งเป็นฐานทางวิชาการที่รองรับการออกแบบท่าออกกำลังกายในโปรแกรมนี้

ค่า Effect size ของ NPRS (r = 0.267) สอดคล้องกับขนาดที่ทราบในโปรแกรมชุมชนที่ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างผสม ทั้งผู้มีและไม่มีอาการ ทั้งนี้ ค่า Ties ($NPRS_1 = NPRS_2$) มีจำนวน 247 ราย (79.4%) ซึ่งเกือบทั้งหมด (238 ราย, 96.4%) เป็นผู้ที่ไม่มีอาการปวดตั้งแต่ต้น (กลุ่มสีเขียว) ที่ยังคงอยู่ในภาวะปกติหลังการทดลอง จึงไม่ถูกนำมาคำนวณใน Wilcoxon signed-rank test ผลดังกล่าวอธิบายได้ด้วยการที่ผู้เข้าร่วมที่มีอาการปวด (กลุ่มสีเหลือง-แดง) มีคะแนน NPRS ก่อนทดลองที่หลากหลาย (NPRS ระดับ 1–10) แต่หลังทดลองไม่พบผู้ที่ NPRS ≥ 7 อีกต่อไป ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลในกลุ่มที่มีอาการได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การที่กลุ่มสีเขียวยังคงมีสัดส่วน NPRS = 0 สูงถึงร้อยละ 86.8 หลังการทดลอง บ่งชี้ถึงคุณภาพของโปรแกรมในการรักษาภาวะปกติในกลุ่มที่ไม่มีอาการ[13]

การที่กลุ่มสีแดงไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญนั้นเป็นผลที่คาดได้ตามหลักการทางคลินิก เนื่องจากผู้ที่มีการจำกัด ROM แล้วต้องการ Manual therapy และการฝึกกายภาพบำบัดแบบเข้มข้น ซึ่งเกินกว่าที่โปรแกรมชุมชนจะให้ได้ Kwon และ Lee[14] แนะนำในแนวปฏิบัติทางคลินิกล่าสุดว่าผู้ป่วยในระยะ Frozen stage ควรได้รับ Manual therapy ควบคู่กับโปรแกรมออกกำลังกายที่บ้าน อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้มีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักและส่งต่อกลุ่มสีแดงไปรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างทันเวลา

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ ได้แก่ การไม่มีกลุ่มควบคุม รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง การประเมินผลลัพธ์ด้วยการรายงานตนเอง ระยะติดตาม 6 สัปดาห์ที่สั้น และขนาดกลุ่มสีแดงที่น้อย การวิจัยอนาคตควรพัฒนาเป็น Randomized Controlled Trial มีการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6–12 เดือน และใช้เครื่องมือวัดผลมาตรฐาน เช่น Goniometer และ SPADI เพื่อยืนยันผลลัพธ์ในเชิงคลินิก

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 6 สัปดาห์ที่ขับเคลื่อนโดยแกนนำ อสม. มีประสิทธิผลในการลดระดับความเจ็บปวดและการจำกัดการทำหน้าที่ของข้อไหล่ในกลุ่มประชาชนตำบลปากโทก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการปวดแต่ยังไม่มีปัญหาการทำหน้าที่ของข้อไหล่ (กลุ่มสีเหลือง) ซึ่งครึ่งหนึ่งสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติ โปรแกรมนี้เป็นต้นแบบที่มีต้นทุนต่ำ ปรับขยายได้ และสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขเชิงป้องกันที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ทั้งนี้ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มสีแดงยังคงต้องการการส่งต่อไปรับบริการกายภาพบำบัดเฉพาะทางควบคู่กัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภากายภาพบำบัด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากโทก แกนนำชุมชนทั้ง 55 ท่าน และผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Bouaicha S, Wieser K, Kriechling P, Scholz-Odermatt SM. A large-scale assessment of the healthcare burden of adhesive capsulitis of the shoulder joint. Swiss Med Wkly. 2020;150:w20188.

2. Millar NL, Meakins A, Struyf F, Willmore E, Campbell AL, Kirwan PD, et al. Frozen shoulder. Nat Rev Dis Primers. 2022;8(1):59.
3. Jacob L, Gyasi RM, Koyanagi A, Haro JM, Smith L, Kostev K. Prevalence of and risk factors for adhesive capsulitis of the shoulder in older adults from Germany. J Clin Med. 2023;12(2):669.
4. Plodthong S, Boonyaratpun O. Prevalence and factors associated with frozen shoulder in type 2 diabetic patients at primary care units. J Prev Med Assoc Thai. 2019;9(1):62–72.
5. Jewell DV, Riddle DL, Thacker LR. Interventions associated with an increased or decreased likelihood of pain reduction and improved function in patients with adhesive capsulitis: a retrospective cohort study. Phys Ther. 2009;89(5):419–29.
6. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs. 2005;14(7):798–804.
7. Namdari S, Yagnik G, Ebaugh DD, Nagda S, Ramsey ML, Williams GR Jr, et al. Defining functional shoulder range of motion for activities of daily living. J Shoulder Elbow Surg. 2012;21(6):746–53.
8. Armstrong RA. When to use the Bonferroni correction. Ophthalmic Physiol Opt. 2014;34(5):502–8. doi: 10.1111/opo.12131.
9. Pitchalard K, Moonpanane K, Wimolphan P, Singkhorn O, Wongsuraprakit S. Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand. Int J Nurs Sci. 2022;9(3):328–33.
10. Vita F, Pederiva D, Tedeschi R, Spinnato P, Origlio F, Faldini C, et al. Adhesive capsulitis: the importance of early diagnosis and treatment. J Ultrasound. 2024;27(3):579–87.
11. Berner JE, Nicolaides M, Ali S, Pafitanis G, Preece J, Hopewell S, et al. Pharmacological interventions for early-stage frozen shoulder: a systematic review and network meta-analysis. Rheumatology (Oxford). 2024;63(12):3221–33.
12. Mertens MG, Meert L, Struyf F, Schwank A, Meeus M. Exercise therapy is effective for improvement in range of motion, function, and pain in patients with frozen shoulder: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2022;103(5):998–1012.e14.
13. Lee SH, Yoon C, Chung SG, Kim HC, Kwak Y, Park HW, et al. Effects of exercise intervention (with and without joint mobilization) in patients with adhesive capsulitis: a systematic review and meta-analysis. Healthcare (Basel). 2023;11(10):1504.
14. Kwon CY, Lee B. Clinical practice guidelines for diagnosis and non-surgical treatment of primary frozen shoulder. Ann Rehabil Med. 2025;49(3):135–70.

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Development of a Communication Model for Dengue Prevention among Karen Ethnic Communities in Mueang Mae Hong Son District, Mae Hong Son Province.

(Received: May 7,2026 ; Revised: May 13,2026 ; Accepted: May 17,2026)

ธรรมธิดา เลิศมงคล[1] ศิวาพร มหาทำนุโชค[2]
Tummatida Lertmongkol[1] Siwaporn Mahathamnuchock[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ดำเนินการในชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์บริบทและกลไกการสื่อสารสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และ (2) พัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงการวิจัยใช้แนวทางการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ และการพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 33 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตบริบท และการวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการตีความภายใต้กรอบแนวคิด Health Belief Model ร่วมกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารสุขภาพในชุมชนอาศัยกลไกทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นสำคัญ โดยผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่เชื่อมโยงและแปลความหมายของข้อมูลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม การใช้ภาษาท้องถิ่น สื่อภาพ และประสบการณ์ตรงของคนในชุมชน ช่วยให้สารสุขภาพเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันของประชาชนได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานำไปสู่ข้อค้นพบเชิงแนวคิดเกี่ยวกับ “ช่องว่างระหว่างความหมายกับการลงมือทำ” (Meaning–Action Gap) ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนแม้เข้าใจข้อมูลสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงความหมายนั้นไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อการป้องกันโรคยังถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่าความรับผิดชอบของครัวเรือน

คำสำคัญ: การสื่อสารสุขภาพ, ไข้เลือดออก, ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง, พหุวัฒนธรรม, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This study was conducted in Ban Huai Suea Thao Community, Pha Bong Subdistrict, Mueang Mae Hong Son District, Mae Hong Son Province, a multicultural Karen ethnic community characterized by distinctive local communication patterns. The objectives of this study were: (1) to analyze the context and mechanisms of health communication for dengue prevention, and (2) to develop a health communication model appropriate for the Karen ethnic community context. This study employed survey research by qualitative analysis approach conducted in two phases: knowledge synthesis and communication model development. Data were collected from 33 key informants through in-depth interviews, focus group discussions, contextual observations, and document analysis. Data were analyzed using content analysis and interpretive analysis based on the Health Belief Model together with socio-cultural perspectives.

The findings revealed that health communication within the community relied heavily on socio-cultural mechanisms. Community leaders and village health volunteers acted as mediators and interpreters of health information, translating biomedical knowledge into culturally meaningful messages. The use of

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
*Corresponding Author Email : nim4683@gmail.com

local language, visual media, and lived experiences enhanced the relevance of health messages to everyday life. However, the study also identified a conceptual finding termed the "Meaning–Action Gap," which reflects a condition in which people understand health information but are unable to transform that meaning into sustained preventive practices. This was particularly evident when dengue prevention was perceived as the responsibility of village health volunteers rather than households themselves.

Keywords: health communication, dengue prevention, Karen ethnic group, multicultural context, health behavior

บทนำ

โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่าการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัย "การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม" (behavior change communication) ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน มิใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลเชิงเทคนิคเพียงอย่างเดียว[1] โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทย เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี 4 สายพันธุ์ โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค และมักพบการระบาดสูงในช่วงฤดูฝน[2]

ในระดับพื้นที่ จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสถานการณ์โรคไข้เลือดออกรุนแรงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีอัตราป่วยสูงที่สุดในประเทศ จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีอัตราป่วยสูงถึง 1,804.38 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่อัตราป่วยสะสมของประเทศอยู่ที่ 38.42 ต่อประชากรแสนคน หรือสูงกว่าประมาณ 47 เท่า[3] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลยุทธ์การป้องกันโรคที่ใช้ในภาพรวมของประเทศอาจยังไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทเฉพาะของพื้นที่ชายขอบและพื้นที่พหุวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิผล

ในเชิงทฤษฎี ปัจจัยสามระบาดวิทยาอธิบายการเกิดโรคผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งก่อโรค/เชื้อโรค (agent) มนุษย์ (host) และสิ่งแวดล้อม (environment)[4] ขณะที่ Health Belief Model (HBM) ของ Rosenstock [5] อธิบายว่าการตัดสินใจป้องกันโรคขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการลงมือทำ อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดดังกล่าวจะสามารถอธิบาย "กลไกการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล" ได้อย่างเป็นระบบ แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญใน 3 ประการ คือ

(1) มุ่งเน้นระดับบุคคลมากกว่าปฏิสัมพันธ์เชิงสังคมและโครงสร้างอำนาจในชุมชน

(2) ไม่สามารถอธิบายบทบาทของ "ตัวกลางทางวัฒนธรรม" (cultural brokers) และความไว้วางใจต่อแหล่งสารได้อย่างเพียงพอ

(3) ขาดกรอบในการแปลง "การรับรู้" ไปสู่ "การปฏิบัติจริง" ในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า แม้ประชาชนจะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่การนำไปสู่การปฏิบัติจริงยังคงไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่พบช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (Knowledge–Practice Gap) อย่างมีนัยสำคัญ [6-7]

ความท้าทายดังกล่าวยิ่งทวีความซับซ้อนในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ซึ่ง "ช่องว่างเชิงวัฒนธรรม" ครอบคลุมถึงระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การตัดสินใจด้านสุขภาพแบบคู่ขนาน (medical pluralism) และโครงสร้างความสัมพันธ์และอำนาจภายในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการพัฒนา "สาร" หรือ "ช่องทางการสื่อสาร" โดยไม่ได้อธิบายเชิงลึกถึงกลไกการแปลความหมายของสาร (meaning-making process) ภายใต้บริบทวัฒนธรรม หรือบทบาทของผู้นำชุมชนในฐานะ "ผู้แปลความรู้" (knowledge translator) นอกจากนี้ ยังขาด

รูปแบบการสื่อสารที่บูรณาการ “มิติทางระบาดวิทยา แรงจูงใจเชิงพฤติกรรม และ บริบทสังคมวัฒนธรรม” เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ[8]

จากช่องว่างดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมุ่งวิเคราะห์และสังเคราะห์บริบทการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง บ้านห้วยเสือเฒ่า อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ภาษา และวิถีชีวิตของชุมชน โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมเชิงสังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลภาคสนามจากเอกสารจำนวน 32 เรื่อง และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 33 คน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์และสังเคราะห์บริบทการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง
อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. พัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบบูรณาการเชิงคุณภาพ ซึ่งผสานการทบทวนวรรณกรรมเชิงสังเคราะห์ (Narrative Literature Review) เข้ากับการเก็บข้อมูลภาคสนามเชิงลึก (field-based qualitative inquiry) อย่างเป็นระบบ

กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและสังเคราะห์องค์ความรู้ และระยะที่ 2 การพัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นระยะการพัฒนาเชิงโครงสร้าง (model development) ยังไม่มีการทดลองใช้ในภาคสนาม โดยกำหนดให้การทดสอบประสิทธิผลและความเป็นไปได้เป็นขั้นตอนในระยะถัดไป

พื้นที่ศึกษา (Study Setting)

การศึกษาดำเนินการในชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท (peri-urban) ที่มีลักษณะเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม และเป็นหนึ่งในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่สำคัญของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยงแดง (กะยา) กะเหรี่ยงคอยาว (กะแย) และกะเหรี่ยงหูใหญ่ (กะยอ) รวมทั้งมีกลุ่มชาติพันธุ์และประชากรจากภายนอกบางส่วนอาศัยร่วมกันในพื้นที่ ส่งผลให้ชุมชนมีความหลากหลายด้านภาษา วัฒนธรรม และระบบความเชื่ออย่างชัดเจน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และประชาชนในชุมชน จำนวน 33 คน คัดเลือกโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก เพื่อให้ครอบคลุมผู้มีบทบาทในระบบการสื่อสารสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ประชาชนในชุมชน 24 คน

โดยกลุ่มประชาชนแบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ ได้แก่ 26–49 ปี และ 50–90 ปี เพื่อให้ครอบคลุมความแตกต่างด้านประสบการณ์ชีวิต ระบบความเชื่อ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในชุมชน

1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพ หรือการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ศึกษา

2. ปฏิบัติงานในพื้นที่บ้านห้วยเสือเฒ่าหรือพื้นที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง

3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดกระบวนการศึกษา

2. ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์

3. ผู้ที่ปฏิเสธหรือถอนความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สำหรับ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับประชาชนในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note)

4. แบบบันทึกการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis Form)

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยผู้ทรงคุณวุฒิมาจากด้านการสื่อสารสาธารณสุข ด้านระบาดวิทยาในระดับอาจารย์มหาวิทยาลัย และด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับหัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านละหนึ่งท่าน และพบว่าข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้วิธีการหลายรูปแบบร่วมกัน (methodological triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตบริบท และการทบทวนเอกสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งมิติประสบการณ์ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นรายบุคคล ควบคู่กับการจัดสนทนากลุ่มในระดับชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองและตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ขณะเดียวกัน มีการสังเกตบริบทและปฏิสัมพันธ์ในชุมชนร่วมกับการบันทึกภาคสนาม เพื่อเก็บข้อมูลเชิงสถานการณ์ที่ไม่ปรากฏในคำพูด และสะท้อนบริบทจริงของการดำเนินชีวิตและการสื่อสารในชุมชน

การเก็บข้อมูลดำเนินอย่างต่อเนื่องจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งไม่ปรากฏประเด็นใหม่ที่มีนัยสำคัญเพิ่มเติมทั้งนี้ ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ข้อมูลทั้งหมดได้รับการจดบันทึก พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) และเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (data triangulation) เพื่อยืนยันความสอดคล้องและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการในลักษณะหลายชั้น (multi-layered analytical process) ประกอบด้วย

การเตรียมข้อมูล (Data Preparation) โดยถอดเทปและตรวจสอบความถูกต้องร่วมกับบันทึกภาคสนาม

การเข้ารหัสข้อมูล (Open Coding) เพื่อระบุแนวคิดสำคัญ เช่น ความเชื่อ การรับรู้ และพฤติกรรม

การจัดหมวดหมู่ (Axial Coding) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเป็นกลุ่ม เช่น ระบบความเชื่อ โครงสร้างการสื่อสาร และบทบาทของผู้นำ

การสังเคราะห์ประเด็น (Thematic Analysis) เพื่อพัฒนา themes ที่สะท้อนบริบทการสื่อสารสุขภาพ เช่น experiential trigger ระบบการตัดสินใจแบบคู่ขนาน และโครงสร้างการสื่อสารแบบหลายชั้น

การตีความเชิงทฤษฎี (Theoretical Interpretation) โดยเชื่อมโยงผลการศึกษาเข้ากับ Health Belief Model และแนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม เพื่ออธิบายกลไกการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในบริบทชาติพันธุ์

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือ (Credibility) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนในชุมชน รวมทั้งเปรียบเทียบข้อมูลจากวิธีการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ เพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อค้นพบและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ภายใต้โครงการเลขที่ IRBCMRU 2025/504.09.10 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ผลการสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศจำนวน 32 เรื่อง พบว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[9-10] ขณะที่ประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2566 สะท้อนข้อจำกัดของมาตรการควบคุมโรคในระดับชุมชน โดยเฉพาะ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศหลายเท่า[2]

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด Knowledge–Attitude–Practice (KAP) ถูกนำมาใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม[11] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายฉบับชี้ให้เห็นถึง “ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ” (knowledge–practice gap) โดยประชาชนอาจมีความรู้แต่ไม่สามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมได้[6,12]

ปัจจัยด้านภาษา วัฒนธรรม และระบบความเชื่อมีบทบาทสำคัญต่อการสื่อสารสุขภาพในชุมชนชาติพันธุ์ โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านภาษาไทยในกลุ่มผู้สูงอายุ และการใช้ระบบความเชื่อดั้งเดิมควบคู่กับการแพทย์สมัยใหม่[13-14] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “ระบบการตัดสินใจแบบคู่” (dual decision system) ที่พบในหลายบริบทชาติพันธุ์[15-16]

นอกจากนี้ งานวิจัยยังชี้ว่าการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมจะลดประสิทธิผลของการแทรกแซงด้านสุขภาพ[8]

ในเชิงทฤษฎี Health Belief Model เป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และแรงจูงใจในการปฏิบัติ[5] ซึ่งได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในหลายบริบท[17] อย่างไรก็ตาม ในบริบทชาติพันธุ์ การใช้ HBM เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากไม่บูรณาการปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคมร่วมด้วย[15]

ผลการสังเคราะห์จากงานวิจัย 10 เรื่อง[18-27] จากทั้งหมด 32 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการรายงานองค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพอย่างเป็นระบบ และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสาร ข้อความ สื่อ ช่องทาง และผู้รับสารได้อย่างชัดเจน เพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงลึกในระดับองค์ประกอบ (component-level synthesis)

พบว่า องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ผู้ส่งสาร (2) ข้อความ (3) สื่อ (4) ช่องทาง และ (5) ผู้รับสาร โดยองค์ประกอบดังกล่าวปรากฏซ้ำในมากกว่าร้อยละ 50 ของแหล่งข้อมูลทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นโครงสร้างพื้นฐานของการสื่อสารสุขภาพในบริบทการป้องกันโรค

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเชิงบูรณาการพบว่ากรอบองค์ประกอบดังกล่าวยังมีข้อจำกัด กล่าวคือ แม้จะสามารถอธิบายโครงสร้างของการสื่อสารได้ แต่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (knowledge–practice gap) อย่างต่อเนื่อง

จากข้อจำกัดดังกล่าว การสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้จึงนำไปสู่ข้อค้นพบเชิงแนวคิดที่สำคัญว่า การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในบริบทชาติพันธุ์จำเป็นต้องบูรณาการองค์ความรู้ใน 3 มิติหลัก ได้แก่ (1) **มิติเนื้อหาทางระบาดวิทยา** เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันโรค (2) **มิติแรงจูงใจเชิงพฤติกรรม** ซึ่งอธิบายผ่านกรอบแนวคิด Health Belief Model และมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการตัดสินใจของบุคคล (3) **มิติบริบททางสังคมและวัฒนธรรม** ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการตีความ การยอมรับ และการนำสารสุขภาพไปใช้ในชีวิตจริง

เมื่อพิจารณาในภาพรวม จะเห็นได้ว่าจุดอ่อนร่วมขององค์ความรู้เดิม คือ การมุ่งเน้นการถ่ายทอดข้อมูลในระดับปัจเจก โดยยังขาดกรอบแนวคิดที่สามารถเชื่อมโยง “การรับรู้” ไปสู่ “การปฏิบัติจริง” ส่งผลให้การสื่อสารสุขภาพจำนวนมากไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนได้

ดังนั้น ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การออกแบบการสื่อสารสุขภาพในบริบทชาติพันธุ์ควรพัฒนาไปสู่กรอบแนวคิดที่มีลักษณะสอดคล้องบริบท และเน้นการปฏิบัติ กล่าวคือ ไม่เพียงแต่ต้องออกแบบสารให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมเท่านั้น แต่ต้องออกแบบกระบวนการสื่อสารที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติจริงในระดับครัวเรือนและชุมชนได้อย่างเป็นระบบ

2. บริบทพื้นที่ศึกษาและข้อค้นพบสำคัญ

ชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่มีโครงสร้างสังคมแบบพหุวัฒนธรรม ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง3 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยงแดง (กะยา) กะเหรี่ยงคอยาว (กะยัน) และกะเหรี่ยงหูใหญ่ (กะยอ) โดยมีประชากรจำนวน 623 คน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์เชิงธีม (Thematic Analysis) ข้อค้นพบสำคัญ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

(1) ประสบการณ์ตรง

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า “ประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วย” ทำหน้าที่เป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดระดับความเข้มข้นของการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มวัยทำงานอายุ 26–49 ปีอย่างชัดเจน

โดยผู้ที่เคยมีประสบการณ์ป่วยรุนแรงมีแนวโน้มรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคในระดับสูง และแสดงพฤติกรรมป้องกันอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้านอย่างเข้มงวด การคว่ำภาชนะเสี่ยง และการปรับพฤติกรรมในครัวเรือนเพื่อไม่ให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงซ้ำ บางรายพัฒนาบทบาทของตนเองไปสู่การเป็น “ผู้นำเชิงพฤติกรรม” ในระดับย่อยของชุมชน

ในทางกลับกัน กลุ่มที่เคยป่วยแต่มีอาการไม่รุนแรงมักมีแนวโน้มลดทอนการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมองว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันไม่ต่อเนื่อง

ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ตรง แต่มีญาติหรือคนใกล้ชิดเคยป่วย มีระดับการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง และมักตัดสินใจเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยมิได้พัฒนาไปสู่พฤติกรรมป้องกันเชิงรุกในชีวิตประจำวัน

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า “ประสบการณ์ตรง” ทำหน้าที่เป็น “ตัวกระตุ้นเชิงพฤติกรรม” ที่มีอิทธิพลมากกว่าการรับรู้ข้อมูลจากภายนอก โดยกำหนดทั้งระดับความตระหนัก ความต่อเนื่องของพฤติกรรม และการขยายบทบาทไปสู่การเป็นแบบอย่างในระดับชุมชน

(2) ระบบการตัดสินใจด้านสุขภาพแบบคู่ขนาน

การตัดสินใจด้านสุขภาพของชุมชนมีลักษณะเป็น “ระบบคู่ขนาน” ระหว่างความเชื่อดั้งเดิมกับการแพทย์สมัยใหม่ ไม่ได้เป็นระบบที่ขัดแย้งกัน แต่เป็นกลไกที่ทำงานร่วมกัน ในเชิงกระบวนการ พบว่าการใช้พิธีกรรม เช่น “บะซา”ของกะเหรี่ยงแดง (กะยา) จะเสี่ยงทาย โดยผู้นำทางจิตวิญญาณผ่านกระดูกไก่ และ “ป่าอุ๊” หรือ “ปู่โช่อุ่” ของกะเหรี่ยงคอยาว (กะยัน)โดยมีผู้นำจิตวิญญาณเรียกว่า “จะหมู่” เสี่ยงทายผ่านข้าวสารหรือแกนหญ้าคา ทำหน้าที่เป็นกลไกในการตีความสาเหตุของความเจ็บป่วย ก่อนการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา โดยลักษณะการใช้ระบบดังกล่าวมีความแตกต่างตามช่วงวัยอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มกะเหรี่ยงแดงและกะยัน มีแนวโน้มใช้กระบวนการเสี่ยงทายหรือพิธีกรรมก่อนเข้าสู่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อจำแนกว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเป็น “ปัจจัยภายใน” หรือ “ปัจจัยภายนอก” หากตีความว่าเป็นปัจจัยภายใน จะเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาล แต่หากตีความว่าเกี่ยวข้องกับมิติทางจิตวิญญาณ จะเข้าสู่กระบวนการทำพิธีกรรมก่อน

ในขณะที่กลุ่มวัยอื่น แม้จะมีแนวโน้มเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลเป็นลำดับแรกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่หากการรักษาไม่หายหรือมีลักษณะเรื้อรัง จะมีการย้อนกลับไปใช้พิธีกรรมเสี่ยงทายเพื่ออธิบายสาเหตุของโรคในมิติทางวัฒนธรรมเพิ่มเติม

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า “ระบบคู่ขนาน” มิได้เป็นทางเลือกแบบตัดขาด แต่เป็น “กระบวนการตัดสินใจแบบลำดับขั้น” ที่ยืดหยุ่นตามประสบการณ์ อายุ และบริบทของอาการเจ็บป่วย ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการออกแบบการสื่อสารสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงทั้งมิติทางการแพทย์และมิติการตีความเชิงวัฒนธรรมควบคู่กัน

(3) ผู้นำชุมชนในฐานะ “ผู้แปลความรู้”

ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้ทำหน้าที่เพียงผู้ถ่ายทอดข้อมูล แต่ทำหน้าที่เป็น “ตัวกลางทางวัฒนธรรม”และ “ผู้แปลความรู้” ที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการแพทย์กับระบบความเข้าใจของชุมชน โดยเฉพาะการแปลงข้อมูลเชิงวิชาการให้เป็นภาษากะเหรี่ยงและสำนวนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เมื่อได้รับข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชนจะทำหน้าที่ถ่ายทอดต่อโดยปรับภาษาและรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับชุมชน ในทำนองเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขได้สะท้อนถึงความสำคัญของการใช้ภาษาและบริบทที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน

ข้อมูลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการ “แปลความหมาย” มากกว่าการ “ถ่ายทอดข้อมูล” โดยทำหน้าที่ปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับภาษา วัฒนธรรม และประสบการณ์ของชุมชน ซึ่งส่งผลต่อความเข้าใจ ความเชื่อถือ และการยอมรับสารสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ บทบาทนี้จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดช่องว่างระหว่างความหมายกับการลงมือทำ (Meaning–Action Gap) ในบริบทชุมชนชาติพันธุ์

(4) โครงสร้างการสื่อสารแบบหลายชั้น

ระบบการสื่อสารสุขภาพในชุมชนมีลักษณะเป็น “โครงสร้างหลายชั้น”

โดยผู้นำชุมชนเป็นแหล่งสารที่ได้รับความเชื่อถือสูงสุด รองลงมาคือหอกระจายข่าวหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขในระดับครัวเรือน และสื่อดิจิทัล เช่น Facebook และ Line ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของผู้นำชุมชนมิได้อยู่เพียงในเชิงตำแหน่ง แต่เกิดจากบทบาทเชิงปฏิบัติที่ฝังอยู่ในชีวิตประจำวัน ทั้งการเป็นผู้รับสารจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การประกาศข้อมูลผ่านหอกระจายข่าว การประสานงานผ่านเครือข่ายดิจิทัล และการแสดงแบบอย่างเชิงพฤติกรรมให้ชุมชนเห็นอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า “อำนาจเชิงความน่าเชื่อถือ” ของผู้นำมีบทบาทสูงกว่าตัวเนื้อหาสารในการกำหนดว่าการสื่อสารจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงหรือไม่

ในด้านระบบปฏิบัติการ พบว่า อสม. และ รพ.สต. มีความพร้อมเชิงระบบอยู่แล้ว โดยมีการเตรียมความพร้อมเชิงรุกก่อนฤดูระบาด การจัดอบรมทีมควบคุมโรค และการใช้กลไกกองทุนสุขภาพท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงาน เมื่อพบผู้ป่วยจะมีระบบตอบสนองอย่างรวดเร็ว โดยเริ่มจาก รพ.สต. แจ้งผู้นำชุมชน จากนั้นผู้นำสื่อสารต่อผ่านกลุ่ม Line และ อสม. เข้าควบคุมโรคในระดับพื้นที่ภายในระยะเวลาอันสั้น

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบเชิงโครงสร้างจะมีความพร้อม แต่ข้อจำกัดสำคัญกลับอยู่ที่ “รูปแบบของสาร” มากกว่าการขาดข้อมูล กล่าวคือ การสื่อสารที่เป็นเพียงคำพูดหรือข้อมูลเชิงอธิบายไม่สามารถสร้างความเข้าใจเชิงปฏิบัติได้อย่างเพียงพอ ขณะที่สื่อภาพเคลื่อนไหวหรือคลิปวิดีโอ โดยเฉพาะที่ใช้ภาษากะเหรี่ยง กลับสามารถกระตุ้นความเข้าใจและการนำไปใช้ได้ดีกว่า

นอกจากนี้ ยังพบความคลาดเคลื่อนเชิงบทบาทในระดับชุมชน โดยประชาชนบางส่วนมองว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นหน้าที่ของ อสม. มากกว่าความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาหลักมิใช่การขาดความรู้ แต่เป็นการที่สารยังไม่สามารถเปลี่ยน “ความเข้าใจ” ไปสู่ “ความเป็นเจ้าของปัญหา” (sense of ownership) และการลงมือปฏิบัติร่วมกันได้

อีกประเด็นสำคัญคือ แม้ชุมชนจะยังคงพึ่งพาสื่อดั้งเดิมอย่างหอกระจายข่าวเป็นหลัก แต่ไม่ได้ปิดกั้นต่อสื่อสมัยใหม่ หากแต่มีการปรับใช้สื่อดิจิทัลในระดับหนึ่งแล้ว ส่งผลให้ระบบการสื่อสารในพื้นที่มีลักษณะเป็น “ระบบสื่อสารสองชั้น” (dual-layer communication system) กล่าวคือ ชั้นแรกเป็นระบบความรู้จากหน่วยงานสาธารณสุข (รพ.สต.) และชั้นที่สองเป็นระบบการแปลและถ่ายทอดโดยผู้นำชุมชนและ อสม.

การนำสื่อดิจิทัล เช่น คลิปวิดีโอภาษากะเหรี่ยงเข้ามาใช้ จึงไม่ได้เป็นการแทนที่ระบบเดิม แต่เป็นการ “เสริมพลัง” ให้กับระบบสื่อสารที่มีอยู่แล้ว โดยช่วยให้สารสุขภาพสามารถเชื่อมโยงจากระดับความเข้าใจไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น

3. รูปแบบการสื่อสารสุขภาพ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก”

จากการสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” ซึ่งเป็นรูปแบบเชิงปฏิบัติ (action-oriented communication model) ที่มุ่งเชื่อมโยงการรับรู้ไปสู่การลงมือปฏิบัติจริงในระดับครัวเรือนและชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการองค์ความรู้ 3 มิติ ได้แก่ มิติเนื้อหาทางระบาดวิทยา มิติแรงจูงใจเชิงพฤติกรรม และมิติบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อแก้ปัญหาช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และ ลดปัญหา Meaning–Action Gap อย่างเป็นรูปธรรม

(1) การกระตุ้นการรับรู้ (Cognitive Activation: 3 ดู)

มุ่งสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงผ่านการสังเกตสภาพจริงในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย (1.1) ดูรู้ ดูน้ำขัง เพื่อสำรวจแหล่งน้ำขังรอบบ้าน (1.2) ดูเป็น ดูลูกน้ำ เพื่อตรวจสอบว่ามีลูกน้ำยุงลายในจุดเสี่ยงหรือไม่ (1.3) ดูแล ดูคนในบ้าน เพื่อสังเกตอาการไข้หรือความผิดปกติของสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งกลไกระยะนี้ทำหน้าที่แปลงความรู้เชิงนามธรรมให้เป็นการรับรู้เชิงประสบการณ์

(2) การลงมือปฏิบัติ (Behavioral Execution : 3 ทำ)

มุ่งเปลี่ยนการรับรู้ให้เป็นพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม ทันที และต่อเนื่อง ประกอบด้วย (2.1) ทำทันที เทน้ำทิ้ง เพื่อกำจัดแหล่งน้ำขัง (2.2) ทำสม่ำเสมอ คว่ำของ เพื่อป้องกันการเกิดแหล่งน้ำขังซ้ำ (2.3) ทำร่วมกัน เก็บขยะ เพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในระดับครัวเรือนและชุมชน ซึ่งกลไกระยะนี้ช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และเสริมสร้างความสามารถในการลงมือทำ

(3) การขยายผลในชุมชน (Social Diffusion : 3 บอก)

มุ่งขยายพฤติกรรมผ่านเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วย (3.1) บอกต่อ บอกคนในบ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมในครัวเรือน (3.2) บอกเตือน บอกเพื่อนบ้าน เพื่อขยายพฤติกรรมในระดับชุมชน (3.3) บอกขยาย บอกอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชน เมื่อพบความเสี่ยงหรือผู้ป่วย ซึ่งกลไกระยะนี้ทำหน้าที่เปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลให้กลายเป็นพฤติกรรมของเครือข่าย

องค์ประกอบ “3 บอก” มีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาการรับรู้ว่าการควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว โดยเปลี่ยนจาก “หน้าที่ของ อสม.” ไปสู่ “ความรับผิดชอบร่วมของชุมชน” ผ่านกระบวนการสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม การเฝ้าระวังร่วม และการลงมือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม และพลังร่วมในการควบคุมโรค รูปแบบนี้แตกต่างจากแนวคิดดั้งเดิม เช่น Knowledge–Attitude–Practice (KAP) และ Health Belief Model ที่มุ่งเน้นระดับปัจเจก โดย “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” ขยายการเปลี่ยนแปลงสู่ระดับเครือข่ายสังคม ผ่านการเชื่อมโยงการรับรู้ การปฏิบัติ และการขยายผลอย่างเป็นระบบนอกจากนี้ รูปแบบยังออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนชาติพันธุ์ โดยใช้ภาษาท้องถิ่นเป็นเครื่องมือหลัก และใช้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็น “ผู้แปลความรู้” เพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการแพทย์กับระบบความเชื่อดั้งเดิม เช่น พิธีกรรม “บะซา” และ “ป่าอุ๊” โดยไม่ขัดแย้ง แต่ทำงานร่วมกับความเชื่อ (working with beliefs) ผ่านการปรับความหมายของการปฏิบัติด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

ดังนั้น รูปแบบ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” จึงเป็นกลไกการสื่อสารสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้เชิงวิชาการกับบริบทจริงของชุมชน และมีศักยภาพในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับครัวเรือนและชุมชน



ภาพที่ 1 รูปแบบ 3 ดู 3 ทำ 3 บอก
เพื่อการสื่อสารสุขภาพป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง เป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนเชิงระบบ ซึ่งถูกกำหนดอย่างมีนัยสำคัญโดยบริบททางสังคม วัฒนธรรม ภาษา ศาสนาและโครงสร้างความสัมพันธ์ภายในชุมชน แม้ว่าไข้เลือดออกในระดับหนึ่งแต่การนำความรู้ไปสู่การ

ปฏิบัติจริงยังคงขาดความต่อเนื่องสะท้อนข้อจำกัดของแนวทางการสื่อสารสุขภาพที่มุ่งเน้น “การถ่ายทอดข้อมูล” มากกว่าการออกแบบ “กระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม” ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Berry[28] ที่ชี้ว่าการสื่อสารสุขภาพจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อผู้รับสารสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับประสบการณ์ชีวิตของตนเองได้อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้ขยายความเข้าใจดังกล่าวไปอีกขั้นโดย

เสนอแนวคิดใหม่ที่สำคัญ “ช่องว่างระหว่างความหมายกับการลงมือทำ” (Meaning–Action Gap) ซึ่งมีลักษณะลึกซึ้งกว่าช่องว่างความรู้กับการปฏิบัติ (Knowledge–Practice Gap) ที่มักปรากฏในวรรณกรรมทั่วไป กล่าวคือ Knowledge–Practice Gap อธิบายสภาวะที่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งอธิบายในระดับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล ขณะที่ Meaning–Action Gap สะท้อนว่าปัญหาสำคัญอาจไม่ได้อยู่ที่การ “ไม่รู้” หากแต่อยู่ที่ข้อมูลสุขภาพยังไม่ได้ถูกแปลความหมายให้เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตประสบการณ์ และความรับผิดชอบของตนเองอย่างแท้จริง

ตัวอย่างที่ชัดเจนจากการศึกษาครั้งนี้ คือ แม้ประชาชนจะเข้าใจว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ แต่บางส่วนยังตีความว่าเป็นหน้าที่ของอาสาสมครสาธารณสุขมากกว่าหน้าที่ของตนเอง สะท้อนว่าความหมายของ “การป้องกันโรค” ยังไม่ถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันและความรับผิดชอบร่วมของชุมชน แนวคิดดังกล่าวจึงช่วยขยายความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพในบริบทชาติพันธุ์ โดยชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสร้างความหมายร่วมทางสังคมและวัฒนธรรมควบคู่กับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาผ่านกรอบแนวคิด Health Belief Model ผลการศึกษายืนยันว่าการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วยโดยตรง ซึ่งมักมีระดับการรับรู้ต่ำ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้ขยายกรอบ HBM โดยเสนอว่า “ประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วย” ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นเชิงพฤติกรรม ที่มีพลังสูงกว่าการรับรู้เชิงข้อมูล

การค้นพบลักษณะของ “ระบบการตัดสินใจด้านสุขภาพแบบคู่ขนาน” ยังสามารถอธิบายได้ผ่านแนวคิดพหุลักษณ์ทางการแพทย์ (medical pluralism) ของ Kleinman[29] โดยสะท้อนว่าระบบความเชื่อดั้งเดิมมิได้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ หากแต่ทำหน้าที่เป็น “กลไกการตีความความเจ็บป่วย” ในระยะเริ่มต้นก่อนเข้าสู่ระบบการแพทย์สมัยใหม่

ในด้านโครงสร้างการสื่อสาร ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทที่ลึกกว่าการเป็น “ผู้ส่งสาร” ตามกรอบการสื่อสารแบบดั้งเดิม แต่ทำหน้าที่เป็น “ตัวกลางทางวัฒนธรรม” และ “ผู้แปลความรู้” (knowledge translator) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Two-step Flow of Communication ของ Katz และ Lazarsfeld[30] และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura[31] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้ขยายความเข้าใจในมิติใหม่ โดยเน้นบทบาทของ “การแปลความหมายเชิงวัฒนธรรม” (cultural meaning translation) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ข้อมูลสุขภาพสามารถฝังตัวในวิถีชีวิตของชุมชนได้

จากข้อค้นพบเชิงประจักษ์ดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนารูปแบบ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” ซึ่งมีลักษณะเป็น “กระบวนการเปลี่ยนผ่านจากการรับรู้สู่การปฏิบัติ” อย่างเป็นลำดับขั้น โดย “3 ดู” ทำหน้าที่กระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงผ่านประสบการณ์จริง “3 ทำ” ทำหน้าที่แปลงการรับรู้ไปสู่พฤติกรรม

ที่เป็นรูปธรรม และ “3 บอก” ทำหน้าที่ขยายพฤติกรรมผ่านเครือข่ายทางสังคม

รูปแบบดังกล่าวมีความโดดเด่นในฐานะโมเดลการเปลี่ยนพฤติกรรมระดับชุมชน ที่เชื่อมโยงระดับปัจเจกกับระดับเครือข่ายสังคม และสะท้อนการทำงานของระบบสื่อสารแบบสองชั้น ได้แก่ ชั้นขององค์ความรู้จากระบบสาธารณสุข และชั้นของการแปลความหมายในระดับชุมชนผ่านผู้นำและอาสาสมัคร

กลไกสำคัญที่ทำให้รูปแบบนี้มีประสิทธิผล ได้แก่ (1) การใช้ประสบการณ์จริงเป็นตัวกระตุ้น (2) การใช้ผู้นำเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง (3) การสร้างพลังร่วมของชุมชน (4) การใช้สื่อภาพและภาษาท้องถิ่น และ (5) การเสริมสร้างศักยภาพด้านดิจิทัลของอาสาสมัคร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแพร่กระจายนวัตกรรมของ Rogers[32]

ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ชาติพันธุ์ควรเปลี่ยนจากแนวทาง “information dissemination” ไปสู่ “behavioral communication design” ที่เน้นการสร้างประสบการณ์ การแปลความหมาย และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมบทบาทของผู้นำชุมชนในฐานะ knowledge translator และการพัฒนาสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมของพื้นที่

อย่างไรก็ตาม รูปแบบ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” ยังมีข้อจำกัดในด้านการพัฒนาจากบริบทเฉพาะพื้นที่ จึงจำเป็นต้องมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทอื่น รวมถึงการศึกษาติดตามผลในระยะยาว และการพัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลของอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรกำหนดกรอบนโยบายการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ชาติพันธุ์ให้มุ่งสู่ “การสื่อสารเชิงพฤติกรรม” โดยบูรณาการแนวคิดการสร้างการรับรู้ การกระตุ้นการลงมือปฏิบัติ และการขยายผลผ่านเครือข่ายสังคมโดยใช้รูปแบบ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” เป็นต้นแบบ

2. ควรยกระดับบทบาทของผู้นำชุมชนและ อสม. ให้เป็น "ผู้แปลความรู้" (knowledge translator) และ "ตัวกลางทางวัฒนธรรม" (cultural broker) ที่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการแพทย์ กับระบบความเข้าใจของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรสนับสนุนการพัฒนาสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม โดยเฉพาะการใช้ภาษาท้องถิ่นและสื่อภาพเคลื่อนไหว เพื่อลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ

4. ควรพัฒนา "ระบบการสื่อสารสองชั้น" โดยให้ รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นแหล่งองค์ความรู้ และให้ผู้นำชุมชนและ อสม. เป็นผู้ถ่ายทอดและแปลความหมายให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ในระดับครัวเรือน ควรส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตามแนวทาง “3 ดู 3 ทำ” เป็นกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สื่อภาพหรือสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่ายเป็นตัวกระตุ้นการรับรู้ และส่งเสริมให้เกิดการลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ในระดับชุมชน ควรใช้กลไก “3 บอก” เป็นเครื่องมือในการขยายพฤติกรรมผ่านเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะการใช้ผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบ (role model) และการจัดกิจกรรมร่วมของชุมชน เช่น การทำความสะอาดพื้นที่หรือกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในระดับหมู่บ้าน

ในระดับระบบบริการสุขภาพ ควรพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการผลิตและเผยแพร่สื่อสุขภาพได้ เช่น การสร้างคลิปวิดีโอสั้นในภาษาท้องถิ่น หรือการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการสื่อสารกับประชาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงและความเข้าใจของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เพื่อประเมินประสิทธิผล

ของรูปแบบ "3 ดู 3 ทำ 3 บอก" ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการลดอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออกในเชิงปริมาณ

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษาการปรับใช้รูปแบบในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และ ดร.อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และแนวทางทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนในชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง รวมทั้งผู้ช่วยนักวิจัยท้องถิ่นที่มีส่วนสำคัญในการสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลระหว่างภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยง จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2012). Global strategy for dengue prevention and control 2012–2020. Geneva: WHO Press; 2012. 43 p.

2.กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.(2567). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกรายสัปดาห์ปี 2566 และ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [เข้าถึงเมื่อ 27 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/doe/

3.กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกรายสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 52 ปี 2565. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4.John TJ, Kompithra RZ.(2023). Eco-epidemiology triad to explain infectious diseases. Indian J Med Res. 2023;158(2):107-112.

5.Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.

6.Arham AF, Mokhtar MI, Zainal N, Jaafar MH, Amin L, Rusly NS, et al.(2025). Asian households' dengue-related knowledge, attitudes, and practices: a systematic review. Humanit Soc Sci Commun. 2025;12(1):1-12.

7.Crowley J, Liu B, Jan H.(2025). Assessing the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of dengue in Thailand: a systematic review and meta-analysis. Arch Public Health. 2025;83(1):38. doi: 10.1186/s13690-025-01522-6.

8.Naing C, Htet NH, Tung WS, Aung HH, Whittaker MA.(2023). Facilitators and barriers to engaging communities in health service research on dengue control in Indo-Pacific region: A systematic review. BMC Public Health. 2023;23(1):1924. doi: 10.1186/s12889-023-16832-3.

9.World Health Organization.(2026). Dengue and severe dengue [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 27]. Available from: who.int

10.European Centre for Disease Prevention and Control.(2025). Communicable Disease Threats Report, Week 1, 2025. Stockholm: ECDC; 2025.

11.สุภาพ หวังข้อกลาง.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2564;15(1):[หน้า].

12.Selvarajoo S, Liew JWK, Tan W, Lim XY, Refai AS, Tiong V, et al.(2020). Knowledge, attitude and practice on dengue prevention and control among local communities: a cross-sectional study in Malaysia. Int J Care Sch. 2020;3(2):15-23.

13.นภารัตน์ อู่เงิน.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลป่ากลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
14.Viengnakhone Khamphet, นิยม จันทร์นวล.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):246-9.
15.Liu X, Yang Y, Chen W.(2021). Cultural beliefs, risk perception and dengue prevention behaviors among Dai ethnic minority in Yunnan, China. Infect Dis Poverty. 2021;10(1):45. doi: 10.1186/s40249-021-00830-5.
16.Xu J, Lin H, Liu Q.(2019). Dengue knowledge, attitudes and practices among Shan ethnic group in eastern Shan State, Myanmar. BMC Infect Dis. 2019;19(1):573. doi: 10.1186/s12879-019-4213-1.
17.Wong LP, Shakir SMM, AbuBakar S.(2023). Health belief model-based dengue prevention intervention among Orang Asli in Selangor, Malaysia: A cluster-randomised controlled trial. Lancet Reg Health West Pac. 2023;33:100700. doi: 10.1016/j.lanwpc.2023.100700.
18.เพิ่มพร ณ นคร, ณัฏฐ์วัฒน์ ธนพรรณสิน.(2560). การใช้ทฤษฎีบทบาทหน้าที่ของสื่อกับสื่อมวลชน. วารสารการสื่อสารมวลชน. 2560;5(2):144-60.
19.นฤวรรณ ม่วงประเสริฐ.(2564). ปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.พ.. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/8025
20.ธวัชชัย ปิยะวัฒน์, และจันทวรรณ ปิยะวัฒน์.(2567). ทฤษฎีการสื่อสาร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: Gotoknow; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gotoknow.org/posts/491949
21.กุลนิดา ธานีโต, สุภาภรณ์ ศรีดี, กานต์ บุญศิริ.(2568). การจัดการทางการสื่อสาร. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์. 2568;10(1):3046-58.
22.Aristotle.(1954). The rhetoric of Aristotle. Cope EM, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 1954.
23.Berlo, David K.(1960). The process of communication: An introduction to theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1960.
24.Hauswirth M, Jazayeri M.(1999). A component and communication model for push systems. In: Proceedings of the 7th European Software Engineering Conference (ESEC/FSE '99); 1999 Sep 6-10; Toulouse, France. Berlin: Springer; 1999. p. 20-38.
25.Joshi HK, Joshi M, Sharma A, Dubey R, Jaswal SS.(2020). Introduction to mass communication. Noida: Vikas Publishing House for Alagappa University; 2020.
26.Bahrain NNK, Sakrani SNR, Maidin A.(2023). Communication barriers in work environment: Understanding impact and challenges. Int J Acad Res Bus Soc Sci. 2023;13(11):1489-1503. doi: 10.6007/IJARBSS/v13-i11/19498.
27.Kaur M. Links between communication components. Afr J Biomed Res. 2024;27(2S):626-31. doi: 10.53555/AJBR.v27i2S.7849.
28.Berry D.(2007). Health communication: Theory and practice. Buckingham: Open University Press; 2007.
29.Kleinman A.(1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
30.Katz E, Lazarsfeld PF.(1955). Personal influence: The part played by people in the flow of mass communications. Glencoe: Free Press; 1955.
31.Bandura A.(1977). Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
32.Rogers EM.(2003). Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.

กลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในผู้สูงอายุ: บทเรียนเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Strategic Application of Culturally-Based Physical Activity for the Prevention and Risk Reduction of Non-Communicable Diseases (NCDs) in Older Adults: Policy Lessons and Practice Guidelines from San Pa Tong District, Chiang Mai Province, Thailand.

(Received: May 8,2026 ; Revised: May 13,2026 ; Accepted: May 17,2026)

ประภาส ปาลี[1]
Prapas Palee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องกลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในผู้สูงอายุ: บทเรียนเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed Methods) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกลยุทธ์ วิเคราะห์ศักยภาพ ประเมินผลกระทบต่อดัชนีสุขภาพ สำรวจการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และสกัดข้อมูลเชิงลึกเพื่อพัฒนาโมเดลกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมขยายผล ดำเนินการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มกลุ่ม (Cluster Randomized Controlled Trial) ในผู้สูงอายุอำเภอสันป่าตอง 392 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 196 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้าน (ฟ้อนรำ) จังหวะ 110 BPM ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 9 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องถึงเดือนที่ 9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ANCOVA และการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ กลยุทธ์ 3 ประสาน (บวร: บ้าน-วัด-โรงพยาบาล/โรงเรียน) ที่ใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรมและนวัตกรรมดนตรี 110 BPM เป็นตัวขับเคลื่อน 2) ศักยภาพของกลยุทธ์ สามารถยกระดับกิจกรรมทางกายสู่ระดับหนักปานกลาง (Moderate Intensity) อย่างปลอดภัย ช่วยลดภาระทางสมอง (Cognitive Load) ผ่านสัญญาณเสียง (Audio Cues) และสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม (Sense of Belonging) 3) ผลกระทบต่อดัชนีสุขภาพ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีดัชนีสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกมิติ โดยเฉพาะน้ำหนักตัว ($\bar{X}$ = 56.92 กก.), BMI ($\bar{X}$ = 23.26 kg/m^2), ความดันโลหิตตัวบน (126.03 mmHg) และระดับน้ำตาลในเลือด (95.36 mg/dL) ซึ่งอธิบายความผันแปรของน้ำหนักตัวได้ถึงร้อยละ 74 4) ด้านทัศนคติและแรงจูงใจ พบการเปลี่ยนผ่านจากการซ่อมสุขภาพ สู่สมรรถนะแห่งตน โดยมีปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญคือความผูกพันทางวัฒนธรรม (Cultural Nostalgia) และการยอมรับทางสังคม (Social Validation) ขณะที่ภาระการดูแลครอบครัวและวิกฤตฝุ่นควันเป็นอุปสรรคสำคัญ 5) ข้อมูลเชิงลึกสู่โมเดลขยายผล สกัดออกมาเป็น "C-S-A Model" ประกอบด้วย การปฏิรูปวัฒนธรรมใหม่ (Cultural Re-engineering), การสร้างเครือข่ายสังคม (Social Networking) และการติดตามผลที่ยืดหยุ่น (Adaptive Monitoring) ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่คุ้มค่าเชิงนโยบาย (Cost-effective) สำหรับการจัดการโรค NCDs ในระดับท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรม, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), กลยุทธ์ 3 ประสาน

Abstract

This Research and Development (R&D) by mixed-methods, titled *"Strategies for Utilizing Cultural Folk-Based Physical Activities to Prevent and Reduce the Risk of Non-Communicable Diseases (NCDs) among Older Adults: Policy Lessons and Practical Guidelines from San Pa Tong District, Chiang Mai Province,"* aimed to formulate strategic approaches, assess implementation potential, evaluate impacts on health indices, examine attitudinal changes, and extract insights to develop a scalable model of culturally grounded physical activity. A cluster randomized controlled trial (Cluster RCT) was conducted among 392 older adults in San Pa Tong District, who were randomly assigned to an intervention group and a control group (n = 196

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

per group). The intervention group participated in a culturally based physical activity program (traditional dance) performed at 110 beats per minute (BPM), three times per week for nine months, with follow-up assessments conducted through the nine month. Quantitative data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA), while qualitative data were analyzed using thematic analysis.

The findings indicated that: (1) the most effective strategy was the "three-sector collaboration" model (Baan–Wat–Hospital/School: community–temple–healthcare/educational institutions), which leveraged cultural capital and a 110 BPM musical innovation as key driving mechanisms; (2) the strategy demonstrated strong potential to safely elevate physical activity to a moderate-intensity level, reduce cognitive load through audio cues, and enhance participants' sense of cultural belonging; (3) significant improvements in health indices were observed in the intervention group compared with the control group ($p < .001$) across all measures, particularly body weight (mean = 56.92 kg), BMI (mean = 23.26 kg/m²), systolic blood pressure (126.03 mmHg), and fasting blood glucose (95.36 mg/dL), with up to 74% of the variance in body weight explained; (4) in terms of attitudes and motivation, participants demonstrated a shift from a "health recovery" orientation toward "self-performance enhancement," driven primarily by cultural nostalgia and social validation, while family caregiving responsibilities and seasonal air pollution (haze) were identified as key barriers; and (5) qualitative synthesis led to the development of the "C-S-A Model," comprising Cultural Re-engineering, Social Networking, and Adaptive Monitoring, which represented a cost-effective, policy-relevant approach for sustainable NCD management at the local level.

Keywords: cultural physical activity, older adults, non-communicable diseases (NCDs), three-sector collaboration strategy

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอย่างมาก โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดให้การลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก NCDs ลงหนึ่งในสามภายในปี 2030 เป็นเป้าหมายสำคัญ (SDG 3.4) ผ่านการป้องกันและการรักษา[1,2] องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 23 ล้านคน โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] ทั้งนี้ NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักทั่วโลก โดยในปี 2021 มีผู้เสียชีวิตถึง 43 ล้านคน (ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) และส่วนใหญ่เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[3] กลุ่มโรคสำคัญได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และเบาหวาน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร [3]

สำหรับประเทศไทย NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลัก โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 400,000 รายต่อปี หรือร้อยละ 81 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท (ร้อยละ 9.7 ของ GDP) [4] นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยด้วยโรค NCDs โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ[5] ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของ NCDs ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ดี การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ มลพิษทางอากาศ ความเครียด และการนอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตวาย พิการ และภาวะติดเตียง[5]

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความชุกของ NCDs เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงจากความเสื่อมของร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพในอดีต[6] สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาระครอบครัว และระบบสาธารณสุข[7] กิจกรรมทางกายถือเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและควบคุม NCDs

โดยช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง และภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีความเสี่ยงเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 20–30[2] การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุควรสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ

อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 47.14 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนแนวโน้มสังคมสูงวัยอย่างชัดเจน[8] อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ที่สะท้อนภาพสังคมสูงวัยระดับสูง (Super-Aged Society) บริบทพื้นที่นี้มีความโดดเด่นด้าน "ทุนทางวัฒนธรรมล้านนา" (Lanna Cultural Capital) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เป็นเครื่องมือทางสุขภาพเชิงกลยุทธ์ได้ การวิจัยนี้จึงมุ่งทลายข้อจำกัดเดิมด้วยการออกแบบกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมที่บูรณาการ "นวัตกรรมดนตรีบำบัดจังหวะ 110 BPM" ซึ่งสอดคล้องกับจังหวะการก้าวเดินปกติ (Normal Gait Speed) ของผู้สูงอายุตามหลัก Auditory Motor Entrainment [9] เพื่อลดภาระทางปัญญา (Cognitive Load) และเพิ่มสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)[10]

อย่างไรก็ตาม ยังขาดงานวิจัยเชิงระบบที่ประเมินประสิทธิภาพของกลยุทธ์ดังกล่าวในบริบทพื้นที่เฉพาะ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์ “กลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้าน” เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง NCDs ในผู้สูงอายุ โดยใช้พื้นที่อำเภอสันป่าตองเป็นกรณีศึกษา เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่สามารถขยายผลได้ในพื้นที่อื่น

การวิจัยนี้มุ่งตอบคำถามเกี่ยวกับ (1) รูปแบบกลยุทธ์ที่เหมาะสม (2) ผลต่อระดับกิจกรรมทางกาย (3) ประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงโรค (4) การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดสุขภาพ (5) ทัศนคติและแรงจูงใจของผู้สูงอายุ และ (6) ความพึงพอใจและศักยภาพในการขยายผลเชิงนโยบาย ซึ่งผลลัพธ์จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อกำหนดกลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในผู้สูงอายุ: บทเรียนเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพของกลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านในการยกระดับระดับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุและเชื่อมโยงกับเป้าหมายการป้องกัน NCDs ในระยะยาว

3. เพื่อประเมินผลกระทบของกลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านต่อดัชนีสุขภาพสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ NCDs พร้อมระบุโอกาสในการปรับใช้เชิงนโยบายและการปฏิบัติในชุมชน

4. เพื่อสำรวจการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และระบุปัจจัยขับเคลื่อน (drivers) และอุปสรรค (barriers) ต่อการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

5. เพื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจและประสบการณ์ผู้เข้าร่วมในฐานะข้อมูลเชิงลึกสำหรับออกแบบและพัฒนาโมเดลกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมที่ขยายผลได้ในพื้นที่อื่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยการทดลองแบบสุ่มกลุ่ม (Cluster Randomized Controlled Trial Clusters หรือ RCT) เป็นแกนหลัก บูรณาการร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในผู้สูงอายุอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ติดเตียงใน 11 ตำบลของอำเภอสันป่าตอง จำนวน 18,566 ราย[8] กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[38] โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) f = 0.32, อำนาจการทดสอบ (Power) 0.80, และระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต้น 310 ราย ปรับแก้ด้วยค่า Design Effect (DEff) 1.15 และสำรองการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง (Loss to follow-up) ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างสุทธิ 392 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 196 ราย และกลุ่มควบคุม 196 ราย โดยใช้การจัดสรรกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรจริงในพื้นที่ (Proportional Stratified Allocation)

รูปแบบการทดลอง แบบ Cluster Randomized Controlled Trial Clusters (RCT)

การวิจัยใช้รูปแบบ Single-blinded Technique โดยผู้ประเมินผลลัพธ์ (Outcome Assessor) จะถูกปกปิดสถานะกลุ่มการทดลอง[39] มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรม (ฟ้อนรำ) 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 45-60 นาที ต่อเนื่อง 3 เดือน และติดตามผลถึงเดือนที่ 6

กลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามมาตรฐาน (Standard of Care) และมาตรการควบคุมความถี่ในการปฏิสัมพันธ์ (Attention Control) เดือนละ 1 ครั้ง พร้อมมาตรการ Waiting List Control หลังสิ้นสุดการวิจัย

มาตรการป้องกันการปนเปื้อน (Contamination Control) ทำการแยกพื้นที่จัดกิจกรรมระดับหมู่บ้านหรือชมรมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และกำหนดตารางเวลาไม่ซ้ำกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบประเมิน GPAQ[40] (ฉบับปรับปรุง), แบบประเมินทัศนคติ/แรงจูงใจ, และแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)[41]

2. เครื่องมือวัดทางชีวภาพแบบบันทึกค่าดัชนีทางกายภาพ ได้แก่ น้ำหนัก, ส่วนสูง, BMI, ความดันโลหิต, FBS ซึ่งผ่านการ Calibration เครื่องมือตามมาตรฐาน

3. เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและแกนนำสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.50 – 1.00 ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80

ความเชื่อมั่น (Reliability)ทดสอบกับผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 30 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) สูงกว่า 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน

เปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed-Ranks Test

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Analysis of Covariance (ANCOVA) โดยใช้ค่าเริ่มต้น (Baseline) เป็นตัวแปรร่วม (Covariate) เพื่อขจัดอิทธิพลแทรกซ้อน

วิเคราะห์ขนาดอิทธิพลด้วย Partial Eta Squared เพื่อระบุระดับความสำคัญเชิงคลินิก

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการจัดกลุ่มประเด็นหลัก (Thematic Analysis) ผ่านเทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมต้องผ่านเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และลงนามในใบยินยอม (Informed Consent) โดยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

กลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในผู้สูงอายุ: บทเรียนเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ผลการกำหนดกลยุทธ์และแนวทางปฏิบัติ พบว่า กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือ กลยุทธ์ 3 ประสาน (บวร: บ้าน-วัด-โรงพยาบาล/โรงเรียน) โดยใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรมเป็นตัวขับเคลื่อน โดยมีแนวทางปฏิบัติในการใช้เพลงประกอบการออกกำลังกายภาษาคำเมือง เช่น เพลงขยับก๋าย กิ๋นดี ชีวีคนเมือง ที่มีจังหวะ 110 BPM ซึ่งสอดคล้องกับจังหวะการเดินปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาจะสอดแทรกความรู้เรื่องอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม และท่าทางที่ปลอดภัย โดยมีเก้าอี้พยุง ทำให้การออกกำลังกายไม่ใช่เรื่องน่ากลัว แต่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์ 3 ประสาน (บวร: บ้าน-วัด-โรงพยาบาล/โรงเรียน) จากการศึกษาโดยการลงสำรวจ พูดคุยสอบถามในพื้นที่อำเภอสันป่าตอง พบว่าการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ไม่สามารถอาศัยเพียงกลไกทางการแพทย์ได้เพียงอย่างเดียว แต่ต้องใช้ระบบนิเวศทางสังคม (Social Ecosystem) ที่ผู้สูงอายุให้ความเคารพเชื่อถือ ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้

1.1 บ้าน (Home & Community) บ้านคือจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติจริง กลยุทธ์ที่ได้ผลคือการเปลี่ยนบ้าน ให้เป็นลานออกกำลังกายผ่านเครือข่ายอสม. และคนในครอบครัว การใช้เพลงภาษาคำเมืองที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยช่วยลดกำแพงความรู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นภาระ แต่ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรในบ้าน เช่น การเปิดเพลงขยับก๋าย กิ๋นดี ชีวีคนเมือง ในช่วงเช้า

1.2 วัด (Temple & Religion) วัดถือเป็นศูนย์รวมจิตใจ กลยุทธ์ที่ใช้คือการจัดกิจกรรมเข้าวัดวันพระโดยสอดแทรกโปรแกรมการยืดเหยียดร่างกาย (Stretching) และการให้ความรู้เรื่องอาหารตักบาตรที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ (Healthy Alms) วัดจึงทำหน้าที่เป็นพื้นที่สร้างแรงจูงใจทางสังคม (Social Incentives) ให้ผู้สูงอายุอยากออกมาพบปะเพื่อนฝูงและทำกิจกรรมร่วมกัน

1.3 โรงพยาบาล/โรงเรียน (Health Care & Education) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ ในการควบคุมมาตรฐานความปลอดภัย (Safety Standards) เช่น การกำกับจังหวะเพลงให้อยู่ที่ 110 BPM เพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนักเกินไป และการประเมินดัชนีสุขภาพเป็นระยะ

2. นวัตกรรมดนตรีบำบัดล้านนา เป็นหัวใจสำคัญของกลยุทธ์คือการนำต้นทุนทางวัฒนธรรม (Cultural Capital) มาแปลงเป็นนวัตกรรมสุขภาพ โดยมีเหตุผลรองรับเชิงประจักษ์ดังต่อไปนี้

2.1 สรีรวิทยาของจังหวะ 110 BPM[25,26,27,28]

2.2 ทัศนสัญญาณทางเสียง (Audio Cues) และการลด Cognitive Load[29,30,31]

2.3 ภาษาและอัตลักษณ์ (Sense of Belonging)

3. การบูรณาการเนื้อหา อาหาร (Nutrition) และความปลอดภัย (Safety) ความโดดเด่นของโปรแกรมนี้คือการไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการขยับร่างกาย แต่เป็นการส่งผ่าน ชุดความรู้สุขภาพ แบบองค์รวมผ่านเนื้อเพลง

3.1 โภชนาการในคำร้อง การสอดแทรกคำสอนเรื่อง ลดหวาน มัน เค็ม และ กิ๋นผัก กิ๋นปลา ในท่อน Verse ช่วยให้เกิดการจดจำซ้ำ ๆ (Rote Learning) แบบไม่ยัดเยียด ข้อมูลเหล่านี้จะ

กลายเป็นเข็มทิศในการเลือกซื้ออาหารในตลาดชุมชนหรือการปรุงอาหารในครอบครัว

3.2 การออกแบบท่าทางที่ปลอดภัย (Safe Biomechanics) ท่าทางที่ออกแบบมาเน้นการ "จับเก้าอี้" หรือ "ย่อเข่านิดเดียว" เป็นการลดความเสี่ยงจากการเสียสมดุลและการล้ม (Fall Prevention) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความทุพพลภาพในผู้สูงอายุ การระบุให้มีอุปกรณ์ช่วยพยุงในเนื้อเพลงช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ที่มีปัญหาข้อเข่าหรือการทรงตัว ให้กล้ากลับมาออกกำลังกายอีกครั้ง

ศักยภาพของกลยุทธ์ในการยกระดับกิจกรรมทางกาย

การวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นการทลายข้อจำกัดของการจัดการพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิม โดยการประยุกต์ใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรมในฐานะนวัตกรรมเชิงกลยุทธ์ เพื่อยกระดับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผ่านระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มกลุ่ม (Cluster Randomized Controlled Trial: Cluster RCT) ซึ่งเป็นมาตรฐานการวิจัยระดับสูง (Gold Standard) ตลอดระยะเวลาการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 9 เดือน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิด Theory of Change (ToC) พบว่ากลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านมีศักยภาพที่โดดเด่นในการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ ทั้งในมิติด้านสรีรวิทยา จิตวิทยาพฤติกรรม และความคุ้มค่าเชิงนโยบายสาธารณะ โดยสามารถวิเคราะห์ศักยภาพเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญในมิติต่างๆ ดังนี้

1. ศักยภาพด้านสรีรวิทยาและการควบคุมกลไกทางชีวภาพ (Physiological & Bio-mechanical Potential) กลยุทธ์นี้มีรากฐานจากหลักสรีรวิทยาการออกกำลังกายที่แม่นยำ

2. ศักยภาพด้านพฤติกรรมศาสตร์และความยั่งยืน (Behavioral & Sustainability Potential)

กลยุทธ์มุ่งแก้ไขปัญหาความไม่ต่อเนื่อง ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

3. การเชื่อมโยงสู่เป้าหมายการป้องกัน NCDs ในระยะยาว (Strategic Linkage to NCDs Prevention) ศักยภาพของกลยุทธ์นี้ส่งผลกระทบต่อทิศทางการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับมหภาค

ผลการประเมินผลกระทบของกลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านต่อดัชนีสุขภาพสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ NCDs พร้อมระบุโอกาสในการปรับใช้เชิงนโยบายและการปฏิบัติในชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อควบคุมอิทธิพลของค่าพื้นฐาน (Baseline) ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรม โดยควบคุมค่าเริ่มต้น (Baseline) เป็นตัวแปรร่วม (Covariate) พบว่า ทุกตัวแปรชี้วัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ดัชนีทางกายภาพ น้ำหนักตัว และ BMI

กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยที่ปรับปรุงแล้ว (Adjusted Mean) อยู่ที่ 56.92 กก. ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (59.19 กก.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1122.91$, $p < .001$) โดยมีขนาดของผลกระทบสูงมาก ($n_p^2 = .743$) เช่นเดียวกับดัชนีมวลกาย (BMI) ที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปรับปรุงแล้วต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (23.26 vs 24.18 kg/m^2, $p < .001$, $n_p^2 = .722$)

2. ความดันโลหิต (SBP และ DBP)

ด้านความดันโลหิตพบว่ากลุ่มทดลองมีความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยความดันโลหิตตัวบน (SBP) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปรับปรุงแล้วอยู่ที่ 126.03 mmHg ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งอยู่ที่ 134.10 mmHg ($F = 227.20$, $p < .001$) และความดัน

โลหิตตัวล่าง (DBP) ของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 77.62 mmHg ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ 82.05 mmHg (F = 122.72, p < .001)

3. อัตราการเต้นของชีพจร และระดับน้ำตาลในเลือด (Pulse และ FBS)

กลุ่มทดลองมีอัตราการเต้นของชีพจรเฉลี่ย (74.68 ครั้ง/นาที) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (77.63 ครั้ง/นาที) อย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) และในส่วนของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปรับปรุงแล้วอยู่ที่ 95.36 mg/dL ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่ที่ 101.06 mg/dL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 44.11, p < .001, n_p^2=.102)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรชี้วัดสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=196)	กลุ่มควบคุม (n=196)	F	p-value	n_p^2
น้ำหนักตัว (กก.)	56.92 ±0.05	59.19 ±0.05	1122.91	<.001	.743
BMI (kg/m^2)	23.26 ±0.02	24.18 ±0.02	1012.76	<.001	.722
SBP (mmHg)	126.03 ±0.38	134.10 ±0.38	227.20	<.001	.369
DBP (mmHg)	77.62 ±0.28	82.05 ±0.28	122.72	<.001	.240
Pulse (ครั้ง/นาที)	74.68 ±0.24	77.63 ±0.24	76.76	<.001	.165
FBS (mg/dL)	95.36 ±0.61	101. ±0.61	44.11	<.001	.102

หมายเหตุ: ค่าที่แสดงเป็นค่าเฉลี่ยปรับปรุง (Adjusted Mean) ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) โดยปรับตามค่าเริ่มต้น (Baseline) ของแต่ละตัวแปร

ผลการวิเคราะห์สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมที่นำมาทดลองส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ โดยเฉพาะ น้ำหนักตัวและ BMI ซึ่งมีค่า Partial Eta Squared สูงมาก (> .70) บ่งชี้ว่าปัจจัยเรื่องกลุ่ม (การได้รับโปรแกรม) สามารถอธิบายความผันแปรของน้ำหนักตัวได้ถึงร้อยละ 74

โอกาสในการปรับใช้เชิงนโยบายและการปฏิบัติในชุมชน

ผลการประเมินผลกระทบของกลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านต่อดัชนีสุขภาพสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ NCDs นำไปสู่โอกาสในการปรับใช้เชิงนโยบายและการปฏิบัติในชุมชนดังนี้

1. การยกระดับสู่มาตรฐานการดูแลสุขภาพในชุมชน (Community Practice) Cultural-Based Intervention ควรใช้ผลการวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ในการเปลี่ยนรูปแบบการออกกำลังกายในโรงเรียนผู้สูงอายุ จากเดิมที่เน้นท่าทางสากล มาเป็นการใช้ทุนทางวัฒนธรรม ฟ้อนรำ เพลงคำเมือง เพื่อเพิ่มอัตราความร่วมมือ (Adherence Rate) หรืออัตราการคงอยู่ในกิจกรรมให้นานกว่า 6 เดือน

2. การติดตามผลแบบบูรณาการ (Integrated Monitoring) รพ.สต. และ อสม. ควรใช้รูปแบบการติดตามผลแบบการติดตามผลเชิงแนวโน้ม (Trend Monitoring) มากกว่าการวัดผลรายครั้ง (One-time measurement) เพื่อประเมินทิศทางการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุตามรูปแบบ Linear/Quadratic ที่พบในการวิจัย

3. การขับเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณะ (Public Policy Opportunities) อำเภอสันป่าตองสามารถใช้กลยุทธ์ 3 ประสาน และ นวัตกรรมดนตรี 110 BPM เป็นต้นแบบ (Model) ให้กับพื้นที่อื่นในล้านนา โดยปรับเปลี่ยนเพียงเนื้อหาทางวัฒนธรรม แต่คงกลไกสรีรวิทยา (Rhythmic Auditory Stimulation) ไว้

4. Policy Budgeting องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อสนับสนุนการผลิตสื่อและหลักสูตรกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมอย่างเป็นระบบ โดยอ้างอิงจากประสิทธิผลในการลดค่า FBS และ SBP ซึ่งจะช่วยลดงบประมาณการรักษาพยาบาลกลุ่มโรค NCDs ในระยะยา

5. NCDs Prevention Strategy บรรจุกลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวิถีชุมชนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัด (KPI) ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขตสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับคุณค่าทางสังคมของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และระบุปัจจัยขับเคลื่อน (drivers) และอุปสรรค (barriers) ต่อการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุในชมรมฟ้อนพื้นเมืองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสันป่าตอง โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) เพื่อยืนยันความสอดคล้องของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

การปรับเปลี่ยนทัศนคติผ่านการรับรู้ประโยชน์และสมรรถนะแห่งตน (HBM & SDT-Competence)

ผู้สูงอายุเปลี่ยนมุมมองจากการ "ปลง" กับสังขารมาเป็นการเชื่อมั่นว่า "กายบริหารเชิงวัฒนธรรม" สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้จริง

แรงจูงใจที่เกิดจากพันธะทางสังคมและวัฒนธรรม (SDT-Relatedness)

ในบริบทสันป่าตอง ความสัมพันธ์ในชุมชน (Social Cohesion) เป็นตัวขับเคลื่อน (Driver) ที่เข้มแข็งกว่าเป้าหมายด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว

อุปสรรคเชิงโครงสร้างและภาระบทบาท (Barriers & HBM-Perceived Barriers)

แม้จะมีทัศนคติเชิงบวก แต่ภาระหน้าที่ในครัวเรือน และสภาพแวดล้อม ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ความต่อเนื่องลดลง

ตารางที่ 2 ปัจจัยขับเคลื่อนและอุปสรรค (Synthesized Drivers & Barriers)

ปัจจัยขับเคลื่อน (Drivers)	อุปสรรค (Barriers)
Cultural Nostalgia การเชื่อมโยงทัศนคติเข้ากับรากเหง้าวัฒนธรรมล้านนา ทำให้เกิดแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ที่ยั่งยืน	**Role Conflict** ภาระการเป็นผู้ดูแล (Caregiver) ภายในครอบครัวที่เบียดบังเวลาดูแลสุขภาพตนเอง
Social Validation การได้รับคำชมและการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน (Relatedness) สร้างความรู้สึกมีคุณค่า (Self-Worth)	**Environmental Risk** ปัจจัยด้านนิเวศวิทยา เช่น ปัญหาฝุ่นควันและพื้นที่จัดกิจกรรมที่จำกัดในช่วงวิกฤตอากาศ
Perceived Symptom Relief การเห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม (ลดความปวดเมื่อย) ยืนยันความเชื่อด้านประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	**Safety Anxiety** ความกังวลเรื่องความปลอดภัยในผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง (High Frailty) ที่ยังเข้าไม่ถึงการปรับท่าทางเฉพาะบุคคล

ผลการศึกษาความพึงพอใจและประสบการณ์ผู้เข้าร่วม ข้อมูลเชิงลึกสู่การพัฒนาโมเดลกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมที่ขยายผลได้ (Scalable Model)

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรม

จากการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรม พบว่าโดยภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นต่อรายการประเมินในระดับ**มาก** ในทุกด้าน โดยมีรายละเอียดจำแนกตามรายด้านดังนี้

1. ด้านกิจกรรมทางกายและสรีรวิทยา (Physical & NCDs)

ผลการวิเคราะห์พบว่ารายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้ คือ ความต่อเนื่องของท่าทาง (Flow) ที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวแบบแอโรบิก ($\bar{X}$= 4.16, S.D. = 0.765) รองลงมาคือ ความเหมาะสมของท่าทางในการกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ ($\bar{X}$= 4.11, S.D. = 0.793) ทั้งนี้ในส่วนของระดับความหนักของกิจกรรม (Intensity) มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.07 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าท่าทางที่ออกแบบมามีความสอดคล้องกับหลักวิทยาศาสตร์การกีฬาในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรอย (NCDs)

2. ด้านเนื้อหาเพลงและคำบรรยาย (Lyric & Instruction)

ในด้านสื่อประกอบการออกกำลังกาย พบว่าจังหวะของเพลง (Tempo) มีความสอดคล้องกับจังหวะการเคลื่อนไหว มากที่สุด ($\bar{X}$=4.03, S.D. = 0.747) ส่วนในด้านความชัดเจนของเนื้อหาเพลงและการใช้ภาษาเพื่อให้จดจำท่าทางได้รวดเร็วนั้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 4.02 สะท้อนให้เห็นว่าสื่อเพลงประกอบสามารถทำหน้าที่เป็นคู่มือการฝึก (Audio Instruction) ที่มีประสิทธิภาพ

3. ด้านคุณค่าทางวัฒนธรรมพื้นบ้าน (Cultural Context)

ด้านนี้มีข้อที่ได้รับคะแนนการประเมินสูงที่สุดจากทุกรายการ คือ ความสามารถของกิจกรรมในการสะท้อนภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$= 4.24, S.D. = 0.792) รองลงมาคือสุนทรียภาพทางดนตรีที่ส่งเสริมความพึงพอใจและผ่อนคลาย ($\bar{X}$= 4.12, S.D. = 0.863) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีความโดดเด่นในเชิงศิลปวัฒนธรรมที่สามารถจูงใจผู้เข้าร่วมได้ดี

4. ด้านการนำไปใช้และความยั่งยืน (Utility)

ผลการประเมินด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.11, S.D. = 0.870) อย่างไรก็ตาม ในส่วนของความน่าสนใจเพื่อจูงใจให้ปฏิบัติในระยะยาว แม้จะมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X}$=4.09) แต่พบว่ามีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงที่สุด (S.D. = 1.044) ซึ่งบ่งชี้ว่าความคิดเห็นของผู้ประเมินมีความแตกต่างกันในประเด็นความยั่งยืน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชน

โปรแกรมกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมนี้มีความเหมาะสมในเชิงโครงสร้างท่าทางตามหลักสรีรวิทยา มีความโดดเด่นอย่างมากในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีความเป็นไปได้สูงที่จะนำไปใช้เป็นรูปแบบการออกกำลังกายในระดับชุมชน โดยมีจุดเด่นอยู่ที่ความลื่นไหลของท่าทาง (Flow) และสุนทรียภาพทางดนตรีที่เป็นตัวขับเคลื่อนกิจกรรม

ข้อมูลเชิงลึกสู่การพัฒนาโมเดลกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมที่ขยายผลได้ (Scalable Model)

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก (Deep Insights) ผ่านประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมในอำเภอสันป่าตอง ผู้วิจัยได้สกัดองค์ประกอบสำคัญเพื่อนำไปพัฒนาเป็นโมเดลต้นแบบที่สามารถปรับใช้ (Adaptability) ในบริบทพื้นที่อื่น ดังนี้

1. มิติสุนทรียภาพเชิงวัฒนธรรม (Cultural Aesthetic Dimension)

ข้อมูลเชิงลึกระบุว่า ความคุ้นเคยทางวัฒนธรรม เป็นประตูบานแรกที่ลดกำแพงการต่อต้านการออกกำลังกาย ประสบการณ์ผู้เข้าร่วมสะท้อนว่าท่วงท่าที่ประยุกต์จากการฟ้อนพื้นเมืองล้านนาช่วยสร้างความรู้สึก ลื่นไหล (Flow Experience)

มันไม่ใช่แค่ขยับแขนขา แต่มันเหมือนเราได้ฟ้อนโชว์ในงานวัด จังหวะดนตรีสะล้อซอซึงมันเข้าถึงใจมากกว่าเพลงฝรั่งที่ฟังไม่รู้เรื่อง พอใจมันรัก มันก็อยากทำต่อเรื่อยๆ ไม่รู้สึกเหนื่อย — (ผู้เข้าร่วมกลุ่มแกนนำ)

สำหรับการขยายผล การพัฒนาโมเดลในพื้นที่อื่นต้องทำการ ถอดรหัสอัตลักษณ์ถิ่น (Local Identity Decoding) เช่น หากขยายผลไปภาคอีสาน ต้องปรับโทนดนตรีและท่วงท่าให้สอดคล้องกับจังหวะหมอลำหรือฟ้อนภูไท เพื่อรักษาฐานความพึงพอใจด้านสุนทรียภาพ

2. มิติกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Dynamics)

ประสบการณ์ผู้เข้าร่วมยืนยันว่า ชุมชนเป็นฐาน (Place-based approach) คือกุญแจสำคัญ ความพึงพอใจไม่ได้เกิดจากตัวกิจกรรมเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจาก พื้นที่ทางสังคม (Social Space) ที่กิจกรรมนั้นสร้างขึ้น

สำหรับการขยายผล โมเดลที่จะขยายผลต้องมีโครงสร้างที่ส่งเสริม ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก ไม่ใช่เพียงแค่การสอนท่าทาง แต่ต้องมีช่วงเวลาสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socializing Period) ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตร

3. มิติการรับรู้ความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ (Perceived Physical Transformation)

ความพึงพอใจสูงสุดเกิดขึ้นเมื่อผู้เข้าร่วมรับรู้ถึง ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม (Tangible Results) ต่ออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง (NCDs) ของตนเอง

สำหรับการขยายผล การขยายผลต้องมีการสื่อสารความสำเร็จรายบุคคล (Success Storytelling) เพื่อสร้างการยอมรับเชิงประจักษ์ (Evidence-based Acceptance) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีความกังวลเรื่องสุขภาพ

องค์ประกอบพื้นฐานของ โมเดลขยายผล (Core Elements of Scalable Model)

จากการสกัดข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยสรุปโมเดลกิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมที่ขยายผลได้ด้วยสูตร C-S-A Model ดังนี้

1 การปฏิรูปวัฒนธรรมใหม่ (Cultural Re-engineering - C) ปรับจังหวะและท่วงท่าพื้นถิ่นให้มีระดับความหนัก (Intensity) ที่หวังผลทางการแพทย์ได้ แต่ยังคงกลิ่นอายดนตรีที่คุ้นเคย

2. การสร้างเครือข่ายสังคม (Social Networking Site - S) ใช้ชมรมผู้สูงอายุหรือวัดเป็นจุดยึดโยง (Hub) เพื่อสร้างพันธะสัญญาทางสังคม

3. การติดตามผลที่ยืดหยุ่น (Adaptive Monitoring - A) ใช้เครื่องมือประเมินที่ไม่ซับซ้อน (เช่น ความพึงพอใจ หรือการวัดรอบเอว/ความดันอย่างง่าย) เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นความก้าวหน้าของตนเอง

การนำโมเดลจากสันป่าตองไปใช้ในพื้นที่อื่นไม่ควรใช้วิธี Copy and Paste แต่ต้องใช้วิธี Translate and Adapt โดยรักษา โครงสร้างความหนักของท่าทาง ตามหลักสรีรวิทยาไว้ แต่เปลี่ยนเปลือกวัฒนธรรม ครอบคลุมดนตรี เครื่องแต่งกาย ภาษา ให้ตรงกับจริตของคนในพื้นที่นั้นๆ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มกลุ่ม (Cluster RCT) พบว่ากลยุทธ์การใช้กิจกรรมทางกายเชิงวัฒนธรรมมีประสิทธิผลในการปรับปรุงดัชนีทางชีวภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอภิปรายผลเชิงลึกได้ดังนี้

1. กลไกทางสรีรวิทยาและนวัตกรรมจังหวะดนตรี

ผลการศึกษาที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับหลักการ Auditory Motor Entrainment ซึ่งระบุว่าจังหวะดนตรีที่สม่ำเสมอช่วยควบคุมจังหวะการก้าวเดิน (Cadence) ให้คงที่[32] จังหวะ 110 BPM ที่ผู้วิจัยเลือกใช้จัดอยู่ในระดับความหนักปานกลาง (Moderate Intensity)

ซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมที่สุดในการกระตุ้นระบบเผาผลาญและการทำงานของหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โดยไม่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจนเกินไป (Talk Test Pass) [33] นอกจากนี้ การใช้สัญญาณเสียง (Audio Cues) ยังช่วยลดภาระทางปัญญา (Cognitive Load) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการทรงตัวได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการหกล้มระหว่างออกกำลังกาย[34]

2. พลวัตทางสังคมและแรงจูงใจในการคงอยู่ในโปรแกรม

ความสำเร็จของกลยุทธ์ 3 ประสาน (บวร) สะท้อนให้เห็นว่า "วัด" และ "ชุมชน" เป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญ (Enabling Factors) ที่สร้างแรงจูงใจภายนอกนำไปสู่แรงจูงใจภายใน[35] เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ วนิดา ศรีพรหมษา และคณะ [21] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ผลวิจัยในครั้งนี้ยืนยันเพิ่มเติมว่า "ทุนทางวัฒนธรรม" (Cultural Capital) เช่น ภาษาถิ่นและท่วงท่าฟ้อนล้านนา ช่วยสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง (Sense of Belonging) ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.24) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการคงอยู่ในโครงการ (Adherence Rate) สูงตลอดระยะเวลา 9 เดือน [36]

3. ข้อจำกัดและอุปสรรคเชิงโครงสร้าง

แม้ผลลัพธ์เชิงบวกจะเด่นชัด แต่การวิจัยเชิงคุณภาพพบอุปสรรคสำคัญคือ ความเสี่ยงทางนิเวศวิทยา (เช่น ฝุ่นควัน PM 2.5) และ ภาระทางครอบครัว (Role Conflict) [36] ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของ พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ [24] ที่ระบุว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมและภาระงานในครัวเรือนเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทยหยุดชะงัก ดังนั้นการขยายผลโมเดลจึงต้องพิจารณาความยืดหยุ่นของพื้นที่และเวลาเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ (Implementation Guidelines)

1) ในระดับปฏิบัติการ รพ.สต. และ อสม. ควรใช้ "นวัตกรรมดนตรี 110 BPM" และภาษาถิ่นเป็นเครื่องมือหลักในการจัดกิจกรรมทางกาย โดยปรับจากท่าทางสากลมาเป็นการ "ฟ้อนเชิงสุขภาพ" เพื่อลดอัตราการลาออกและเพิ่มความสุขของผู้สูงอายุ

2) ในระดับบริหารจัดการ ควรนำกลยุทธ์ "3 ประสาน (บวร)" มาใช้เป็นโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะการใช้ "วัด" เป็นพื้นที่จัดกิจกรรม และ "บ้าน" เป็นลานออกกำลังกายผ่านการใช้เทคโนโลยีหรือสื่อเพลงที่ผู้สูงอายุเข้าถึงง่าย

3) ในระดับนโยบาย อปท. และกองทุนสุขภาพควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการผลิตสื่อสร้างสรรค์เชิงวัฒนธรรม เช่น เพลงคำเมืองประกอบการออกกำลังกาย โดยอ้างอิงจากประสิทธิผลในการลดค่าดัชนีสุขภาพรายบุคคลเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการถอดรหัสอัตลักษณ์ ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างจากล้านนา (เช่น พื้นที่อีสานหรือภาคใต้) โดยใช้สูตร C-S-A Model เพื่อดูว่ากลไกทางสรีรวิทยาจังหวะ 110 BPM ยังคงให้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันหรือไม่

2 ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (1-2 ปี) เพื่อประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological Changes) จะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค NCDs เช่น อัมพฤกษ์หรือไตวาย ได้อย่างมีนัยสำคัญเพียงใด

3) ศึกษาการใช้สื่อดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันที่ออกแบบตามหลัก Audio Cues เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางสามารถออกกำลังกายที่บ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2021). Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO1.
2.World Health Organization.(2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. Geneva: WHO (updated 2024).
3.World Health Organization.(2022). Noncommunicable diseases. Geneva: WHO.
4.กรมควบคุมโรค.(2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5.Health Data Center.(2566). ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6.Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al.(2016). The World report on ageing and health. Lancet. 2016;387(10033):2145–54.
7.Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al.(2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide. Lancet. 2012;380(9838):219–29.
8.กรมการปกครอง.(2568). สถิติประชากรอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่.
9.Thaut MH, McIntosh GC, Hoemberg V.(2015). Neurobiological foundations of neurologic music therapy. Prog Brain Res. 2015;217:211–22.
10.Bandura A.(1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215.
11.พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก. (วันที่ 31 ธันวาคม 2546).
12.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.(2563). คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว. กรุงเทพฯ กระทรวงสาธารณสุข.
13.Hall DA.(2545). The ageing of individuals. In Musikkamanee S, editor. Social Gerontology. Bangkok Odeon Store; 2545. p. 7.
14.สุรินธร กลัมพากร.(2554). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น คลังนานาวิทยา; 2554.
15.Bandura A.(1977). Self-efficacy Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2)191-215.
16.สุรพงษ์ โสธนะเสถียร.(2533). การสื่อสารเพื่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ คณะวารสารศาสตร์และสื่อมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
17.Bloom BS.(1956). Taxonomy of educational objectives The classification of educational goals. New York David McKay.
18.Havighurst RJ.(1963). Adaptation to insulin-induced hypoglycemia. Gerontologist. 1963;3(4)151-5.
19.จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์.(2543). รายงานการวิจัยเรื่องความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2543.
20.มนูญ พลายชุม.(2553). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเยาวชนโมเดลเชียรใหญ่-2. นครศรีธรรมราช มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
21.วนิดา ศรีพรหมษา, และคณะ.(2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารเกื้อการุณย์. 2566;30(2)142-55.
22.คณัสนันท์ สงภักดิ์, นฤมล สินสุพรรณ, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา.(2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านไชยสอ. มนุษยสังคมสาร. 2562;17(2)45-62.
23.สุวนันท์ แก้วจันทา.(2565). การศึกษาบทบาทและศักยภาพของเทศบาลในการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย. เชียงราย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
24.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, และคณะ.(2551). พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก. กรุงเทพฯ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

25.Tudor-Locke C, Craig CL, Brown WJ, Clemes SA, De Cocker K, Giles-Corti B, et al.(2018). How fast is fast enough? Walking cadence (steps/min) as a practical estimate of intensity in adults: a narrative review. Br J Sports Med. 2018;52(12):776–88.

26.American College of Sports Medicine.(2021). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

27.Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, et al.(2016). Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2016;39(11):2065–79.

28.Montero D, Roberts CK, Vinet A.(2014). Effect of aerobic exercise training on arterial stiffness in obese populations: a systematic review and meta-analysis. Sports Med. 2014;44(6):833–43.

29.Yogev-Seligmann G, Hausdorff JM, Giladi N.(2008). The role of executive function and attention in gait. Mov Disord. 2008;23(3):329–42.

30.Foster C, Porcari JP, Anderson J, Hoffman M, Kirchner RD, Lucachick SM, et al.(2008). The talk test as a marker of exercise training intensity. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2008;28(1):24–30.

31.Thaut MH, Hoemberg V.(2014). Handbook of neurologic music therapy. Oxford: Oxford University Press.

32.Thaut MH, Hoemberg V.(2014). Handbook of neurologic music therapy. Oxford: Oxford University Press.

33.American College of Sports Medicine.(2021). ACSM’s guidelines for exercise testing and prescription. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

34.Yogev-Seligmann G, Hausdorff JM, Giladi N.(2008). The role of executive function and attention in gait. Mov Disord. 2008;23(3):329-42.

35.Deci EL, Ryan RM.(2017). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Press; 2017.

36.มนูญ พลายชุม.(2553). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเยาวชน: โมเดลเชียรใหญ่-2. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2553;4(2):12-23.

37.กรมควบคุมโรค.(2566). แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อชาติ พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

38.Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG.(2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149–1160.

39.Schulz KF, Altman DG, Moher D.(2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. BMJ. 2010;340:c332.

40.World Health Organization.(2012). Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): Analysis Guide. Geneva: WHO.

41.World Health Organization.(1996). WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น จังหวัดสุโขทัย

Factors Influencing E-Cigarette Smoking Behavior Among Adolescents in Sukhothai Province.

(Received: May 10,2026 ; Revised: May 19,2026 ; Accepted: May 22,2026)

ภัทราพร ด่านปาน[1] ณรงค์ ใจเที่ยง[1] เมธิณี อินทรเทศ[1]
Phattraporn Danpan[1] Narong Chaitiang[1] Methinee Intarates[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นจังหวัดสุโขทัย การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 379 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาตามกรอบแนวคิด Knowledge–Attitude–Practice (KAP) และ Health Belief Model (HBM) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ Mann–Whitney U test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัยพบว่า 1) ร้อยละ 95.0 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 17.15 ± 3.62 2) การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณพบว่า วัยรุ่นที่อาศัยในตึกแถวหรือหอพักมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดี่ยว (AOR = 5.81, 95%CI: 1.18–28.61, p = 0.03) และผู้ที่เคยสูบบุหรี่มวนมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ (AOR = 5.93, 95%CI: 1.28–27.47, p = 0.02) ในขณะที่คะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า, วัยรุ่น, ความรู้, ทัศนคติ, การรับรู้, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study aimed to examine levels of knowledge, attitudes, perceptions, social support, and to identify factors associated with e-cigarette use among adolescents in Sukhothai Province. A cross-sectional survey was conducted among 379 adolescents selected through multistage sampling. Data were collected using a structured questionnaire developed based on the Knowledge–Attitude–Practice (KAP) framework and the Health Belief Model (HBM). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Mann–Whitney U test, and multiple logistic regression, with statistical significance set at $p < 0.05$.

1) The findings revealed that 95.0% of participants were not current e-cigarette users. Overall, participants demonstrated high levels of knowledge, attitudes, perceptions, and social support, with a mean knowledge score of 17.15 ± 3.62. 2) Multiple logistic regression analysis indicated that adolescents living in shophouses or dormitories were more likely to be current e-cigarette users compared with those living in detached houses (AOR = 5.81, 95%CI: 1.18–28.61, p = 0.03). Those with a history of conventional cigarette smoking were also more likely to use e-cigarettes (AOR = 5.93, 95%CI: 1.28–27.47, p = 0.02). In contrast, higher scores in knowledge, attitudes, perceptions, and social support were significantly associated with lower odds of current e-cigarette use ($p < 0.001$).
Keywords: E-cigarettes, Adolescents, Knowledge, Attitudes, Perceptions, Social Suppor

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทนำ

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยผู้จำหน่ายมักโฆษณาว่าช่วยเลิกบุหรี่แบบมวน ปลอดสารพิษ มีรูปลักษณ์ทันสมัย ใช้งานง่าย แต่ความจริงบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายไม่ต่างจากบุหรี่มวน[1] องค์การอนามัยโลกพบว่า เด็กอายุ 13–15 ปี ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้ใหญ่ ขณะที่เยาวชนในแคนาดาและอังกฤษ มีอัตราการใช้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงปี พ.ศ. 2560–2565[2] การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากการสำรวจปี พ.ศ. 2564 พบว่า ภาคเหนือมีอัตราการใช้สูงสุด ร้อยละ 4.6 รองลงมาคือกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ร้อยละ 4.1 ส่วนภาคอื่น ๆ อยู่ระหว่างร้อยละ 2.2–3.6[3] การศึกษานักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1–6 ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละ 9.6 มีประสบการณ์ใช้บุหรี่ไฟฟ้าใน 30 วันที่ผ่านมา และร้อยละ 17.6 ของนักเรียนที่ไม่เคยใช้ มีความตั้งใจทดลองใช้ในอนาคต นอกจากนี้เยาวชนส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น เชื่อว่าช่วยเลิกบุหรี่มวนได้ เชื่อว่าปลอดภัยกว่าบุหรี่แบบมวน และไม่ทราบว่าการมีบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย[4] การสำรวจปี พ.ศ. 2567 ในเยาวชนไทยอายุ 6–30 ปี พบว่า ร้อยละ 18.6 สูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยเพศชายสูงที่สุด ร้อยละ 21.4 รองลงมา คือ กลุ่มเพศทางเลือก ร้อยละ 19.7 และเพศหญิง ร้อยละ 16.2 เยาวชนไทยยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น ร้อยละ 61.3 เชื่อว่าช่วยเลิกบุหรี่มวน ร้อยละ 51.1 เข้าใจว่านิโคตินมีประโยชน์ต่อร่างกาย และร้อยละ 50.2 เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน[5]

บุหรี่ไฟฟ้ามีนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติด ทำให้หลอดเลือดหดตัว เกิดการอักเสบ และอาจนำไปสู่โรคปอดอักเสบรุนแรง เช่น EVALI นอกจากนี้ การศึกษาจากมหาวิทยาลัยโคลัมเบียพบว่าน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้ามีโลหะหนักหลายชนิด เช่น อลูมิเนียม แคดเมียม โคบอลต์ โครเมียม ทองแดง เหล็ก ตะกั่ว แมงกานีส นิกเกิล และสังกะสี ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง และทำลายระบบทางเดินหายใจของผู้สูบ และผู้ใกล้ชิด โลหะหนักเหล่านี้สามารถสะสมในร่างกายผ่านเลือด ปัสสาวะ น้ำลาย และเนื้อปอด ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง และเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็ง[6]

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความอ่อนไหวต่ออิทธิพลทางสังคม และแรงจูงใจเชิงพฤติกรรม มีความต้องการยอมรับจากเพื่อน และใฝ่ทดลองสิ่งใหม่ รวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่าย[7] กลยุทธ์การตลาดของบุหรี่ไฟฟ้า เช่น การใช้คนดัง รูปลักษณ์ สี และกลิ่นถูกออกแบบเพื่อดึงดูด และสร้างทัศนคติบวกต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า[8] จากข้อมูลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในปี 2567 พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราสูบสูงสุดร้อยละ 8.2 ของเขตสุขภาพ 1–12 จังหวัดสุโขทัยมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 7.2 เป็นลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 2 ส่วนอำเภอเมืองสุโขทัยมีอัตราร้อยละ 5[9]

จังหวัดสุโขทัยเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ มีเศรษฐกิจหลักจากการเกษตร เช่น ข้าว อ้อยโรงงาน ส้มเขียวหวาน ทุเรียน มันสำปะหลัง ข้าวโพด และยาสูบ พร้อมกิจกรรมกีฬา และนันทนาการหลากหลาย รวมถึงการศึกษาที่มีทั้งโรงเรียนรัฐ เอกชน และสถาบันอาชีวศึกษา รองรับเยาวชนอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน ได้แก่ การตั้งสถานศึกษาใกล้แหล่งสถานบันเทิง และบทบาทอุตสาหกรรมยาสูบในระบบเศรษฐกิจท้องถิ่น ซึ่งอาจส่งผลต่อทัศนคติของเยาวชนให้มีมุมมองเชิงบวกต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ รวมถึงปัจจัยทางสังคม เช่น การสนับสนุนจากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน แต่ผลการศึกษามีความแตกต่างตามบริบทพื้นที่และลักษณะประชากร บางงานพบว่า ความรู้ช่วยลดโอกาสการสูบ ขณะที่บางงานระบุว่าวัยรุ่นแม้มีความรู้สูงก็ยังทดลองสูบจากแรงจูงใจทางสังคม หรือการเข้าถึงที่ง่าย ปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาองค์ประกอบ Knowledge–Attitude–

Practice (KAP) และปัจจัยตามกรอบ Health Belief Model ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในบริบทจังหวัดสุโขทัยซึ่งเป็นพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบและมีบริบททางสังคม–สิ่งแวดล้อมเฉพาะตัว ทำให้ยังไม่ทราบชัดว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นสุโขทัย จึงจำเป็นต้องศึกษาวิจัยในพื้นที่นี้เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้และสนับสนุนมาตรการป้องกันที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น จังหวัดสุโขทัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ได้ประยุกต์แนวคิด Knowledge–Attitude–Practice (KAP) และ Health Belief Model (HBM) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่ออธิบายกระบวนการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดย Knowledge–Attitude–Practice (KAP) อธิบายว่าความรู้ (Knowledge) มีอิทธิพลต่อทัศนคติ (Attitude) และนำไปสู่การปฏิบัติ (Practice) ขณะที่ Health Belief Model (HBM) อธิบายพฤติกรรมสุขภาพผ่านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแรงกระตุ้นในการลงมือปฏิบัติ การบูรณาการทั้งสองแนวคิดช่วยให้การศึกษาครอบคลุมปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนที่มีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง[10, 11]

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15–19 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย จำนวนทั้งสิ้น 25,238 คน[9]

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของแดเนียล[12] สำหรับประชากรจำกัด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Z = 1.96) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าสัดส่วนของประชากรเท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 379 คน โดยมีการบวกเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการถอนตัว หรือคัดออกจากการศึกษาอีกจำนวน 41 คน รวมเป็นจำนวนทั้งหมด 420 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ในระดับพื้นที่ โดยขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่างในระดับบุคคลใช้วิธีแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-probability sampling) ได้แก่ Purposive sampling และ Snowball samplingเกณฑ์การคัดเข้า คือ วัยรุ่นอายุ 15–19 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถ ตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ ในกรณีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง
เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือมากกว่า 19 ปี ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด Knowledge-

Attitude-Practice (KAP) Model และ Health Belief Model (HBM) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ครอบคลุม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะที่อยู่อาศัย การมีคู่รัก ประวัติการดื่มสุราและแอลกอฮอล์ และประวัติการสูบบุหรี่มวน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูก–ผิด ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[13]ได้แก่ ระดับสูง (16–20 คะแนน) ระดับปานกลาง (12–15 คะแนน) และ (0–11 คะแนน) ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) มีข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ โดยข้อคำถามเชิงลบทำการกลับคะแนนก่อนการวิเคราะห์ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[14] ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ครอบคลุมการรับรู้ด้านสุขภาพและด้านกฎหมาย การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[14] ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ครอบคลุมการสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[14] ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 6 ข้อ ใช้เพื่อจำแนกตัวแปรตามเป็น “สูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบัน” และ “ไม่สูบ/เคยสูบแต่เลิกแล้ว”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของ เนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00

การทดสอบความเชื่อมั่นดำเนินการกับกลุ่มนำร่อง จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.79 ส่วนแบบสอบถามด้านทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.79, 0.94 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองสุโขทัย อำเภอศรีสำโรง และอำเภอบ้านด่านลานหอย โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประชาสัมพันธ์และเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามออนไลน์

สำหรับผู้เข้าร่วมที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองร่วมกับความยินยอมของผู้เข้าร่วม (assent) แบบสอบถามเป็นแบบนิรนาม ไม่เก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และผู้ตอบแบบสอบถามถอนตัวได้ตลอดเวลา

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 420 ชุด หลังคัดกรองความครบถ้วนและความไม่ซ้ำกันคงเหลือข้อมูล ที่สมบูรณ์จำนวน 379 ชุด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยการดำเนินการทั้งหมดเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลและทำความสะอาดข้อมูล

(data cleaning) และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

นำเสนอข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรเป็นจำนวนและร้อยละ สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ ตัวแปรคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำแนกระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis)

ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test ตัวแปรเชิงกลุ่มวิเคราะห์ด้วย Chi-square test และรายงาน ค่า Cramer's V เพื่อแสดงขนาดความสัมพันธ์ ตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการกระจายตัวไม่ปกติวิเคราะห์ Mann–Whitney U test และรายงานค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่า p-value

3. การวิเคราะห์ ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ (Multiple logistic regression)

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบัน โดยกำหนดตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบัน (0 = ไม่สูบ/เคยสูบแต่เลิกแล้ว, 1 = สูบปัจจุบัน) ตัวแปรอิสระคัดเลือกเข้าสู่โมเดลจากกรอบแนวคิด และผลการวิเคราะห์แบบสองตัวแปร ($p < 0.20$) ตรวจสอบ multicollinearity ด้วยค่า variance inflation (VIF) รายงานผลเป็น adjusted odds ratio (aOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value ประเมินความเหมาะสมของโมเดลด้วย Omnibus test, Nagelkerke R^2 และ Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่รับรอง IRRB of SCPHPL 1/2568.12 วันที่อนุมัติ เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (52.20%) มีอายุ 15 ปีมากที่สุด (32.50%) ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (27.18%) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,000–3,000 บาท (46.44%) มากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดา (50.66%) และพักอาศัยในบ้านเดี่ยว (94.46%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีคู่รัก (56.73%) ไม่เคยดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ (63.06%) และไม่เคยสูบบุหรี่มวน (72.60%)

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (80.47%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (11.35%) และระดับต่ำ (8.18%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.15 ± 3.62 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง

3. ระดับทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง (73.88%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 45.31 ± 9.73 คะแนน ในด้านการรับรู้ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (76.25%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 37.80 ± 7.44 คะแนน และในด้าน แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (74.93%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.00 ± 7.50 คะแนน

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบัน

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันของวัยรุ่นจังหวัดสุโขทัย ได้ดำเนินการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยพบว่าโมเดลมีนัยสำคัญทางสถิติ (Omnibus test: $\chi^2 = 37.84$, df = 5, $p < .001$) มีค่า Nagelkerke $R^2 = 0.29$ แสดงว่าโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันได้ประมาณร้อยละ 29.00 ผลการทดสอบ Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 3.86$, df = 6, p = 0.70) สะท้อนว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูล นอกจากนี้ โมเดลสามารถจำแนกกลุ่มได้ถูกต้องโดยรวมร้อยละ 97.40 (cut value = 0.50) โดยจำแนกกลุ่ม “ไม่สูบ/เคยสูบแต่เลิกแล้ว” ได้ถูกต้องร้อยละ 98.90 และจำแนกกลุ่ม “สูบปัจจุบัน” ได้ถูกต้องร้อยละ 68.40

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบัน (n = 379)

ตัวแปร	AOR (95%CI)	p-value
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
ตึกแถว/หอพัก (เทียบกับบ้านเดี่ยว)	5.81 (1.18–28.61)*	0.03
การสูบบุหรี่มวน		
เคยสูบ/สูบเป็นประจำ (เทียบกับไม่สูบ)	5.93 (1.28–27.47)*	0.02
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (คะแนน)	0.59 (0.49–0.72)*	<0.001
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (คะแนน)	0.77 (0.69–0.86)*	<0.001
การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (คะแนน)	0.75 (0.67–0.84)*	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนน)	0.72 (0.63–0.82)*	<0.001

หมายเหตุ: AOR = อัตราส่วนโอกาสแบบปรับร่วม, 95%CI = ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95, $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์พบว่า วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในตึกแถวหรือหอพักมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดี่ยว 5.81 เท่า (AOR = 5.81, 95%CI: 1.18–28.61, p = 0.03) และวัยรุ่นที่เคยสูบหรือสูบบุหรี่มวน มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ 5.93 เท่า (AOR = 5.93, 95%CI: 1.28–27.47, p = 0.02) สำหรับตัวแปรคะแนน พบว่าเมื่อคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันลดลงร้อยละ 41 (AOR = 0.59, 95%CI: 0.49–0.72, $p < 0.001$) ขณะที่คะแนนทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันที่ลดลงร้อยละ 23, 25 และ 28 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ช่วงความเชื่อมั่นของบางตัวแปรมีค่าค่อนข้างกว้าง ซึ่งอาจสะท้อนความไม่แม่นยำของค่าประมาณเนื่องจากจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันมีสัดส่วนค่อนข้างน้อยในกลุ่มตัวอย่าง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า วัยรุ่นจังหวัดสุโขทัยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบัน (ร้อยละ 95.0) และมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านบริบท (ลักษณะที่อยู่อาศัยและประวัติการสูบบุหรี่มวน) รวมถึงปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นความสอดคล้องเชิงโครงสร้างกับกรอบแนวคิด KAP Model และ Health Belief Model (HBM)[10,11]

มิติความรู้และกลไกเชิงป้องกัน

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง (M = 17.15, SD = 3.62) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสูบ (AOR = 0.59) โดยเมื่อคะแนนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสสูบลดลงร้อยละ 41 ผลดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานของ KAP ที่เสนอว่าความรู้เป็นฐานสำคัญที่หล่อหลอมทัศนคติและพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม การตีความควรระมัดระวัง เนื่องจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางไม่สามารถยืนยันลำดับเหตุ–ผลได้ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่ไม่สูบมีแนวโน้มแสวงหาความรู้มากกว่า (reverse association) ในมิติ HBM ความรู้มีบทบาทในการเพิ่ม Perceived Susceptibility และ Perceived Severity ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ผลที่สอดคล้องกับงานในบางพื้นที่[15,16] แต่แตกต่างจากบางบริบทที่พบระดับความรู้ต่ำ[17]ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนอิทธิพลของบริบท การรณรงค์ การเข้าถึงข้อมูล และความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายในแต่ละพื้นที่

บทบาทของทัศนคติและการรับรู้

ทัศนคติและการรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงปกป้องต่อการสูบ (AOR < 1 ทั้งสองตัวแปร) ซึ่งสอดคล้องกับ KAP ที่มองทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับพฤติกรรม และสอดคล้องกับ HBM ในมิติการชั่งน้ำหนักประโยชน์–อุปสรรค (Perceived Benefits/Barriers) และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบพฤติกรรมสูบในบางส่วนของกลุ่มตัวอย่าง สะท้อนว่าความรู้หรือทัศนคติที่ดีเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากมีแรงกดดันทางสังคมหรือการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ง่าย ความแตกต่างจากบางการศึกษาที่พบระดับทัศนคติต่ำ[18] อาจอธิบายได้ด้วยความชุกการใช้ในพื้นที่ ความเข้มข้นของการตลาด และวัฒนธรรมกลุ่มเพื่อน

แรงสนับสนุนทางสังคมในฐานะกลไกเชิงโครงสร้าง

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสูบ (AOR = 0.72) สอดคล้องกับแนวคิดของ House[19] และ Caplan[20] ที่เสนอว่าเครือข่ายสังคมทำหน้าที่เป็น Protective Buffer ต่อพฤติกรรมเสี่ยง ในกรอบ HBM แรงสนับสนุนสามารถทำหน้าที่เป็น Cues to Action และเพิ่ม Self-Efficacy ในการปฏิเสธสิ่งชักชวน อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้ควรพิจารณาร่วมกับบริบทครอบครัวและโรงเรียน หากแรงสนับสนุนมีลักษณะไม่ชัดเจนด้านบรรทัดฐาน อาจไม่ได้ลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ การวิจัยในอนาคตควรแยกแหล่งที่มาของแรงสนับสนุน (ครอบครัว เพื่อน ครู) เพื่อประเมินอิทธิพลเชิงเปรียบเทียบ

ปัจจัยบริบทและความเสี่ยงสะสม

การอาศัยในตึกแถว/หอพักมีความสัมพันธ์กับโอกาสสูบที่สูงขึ้น (AOR = 5.81) และผู้ที่เคยสูบบุหรี่มวนมีโอกาสสูบสูงขึ้น (AOR = 5.93) ผลดังกล่าวสะท้อนกลไก Risk Clustering ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงมักเกิดร่วมกัน ประสบการณ์ใช้นิโคตินเดิมอาจเพิ่ม perceived benefits ของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ขณะที่บริบทที่มีการกำกับดูแลต่ำอาจเพิ่ม Exposure ต่อ Peer Influence อย่างไรก็ตาม ช่วงความเชื่อมั่นที่ค่อนข้างกว้างสะท้อนความไม่แม่นยำของค่าประมาณ อันเนื่องมาจากจำนวนผู้สูบปัจจุบันมีสัดส่วนต่ำ จึงควรตีความผลในเชิงความสัมพันธ์มากกว่าการสรุปเชิงเหตุผล

ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ผลสนับสนุนกรอบ KAP และ HBM แต่มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ (1) การศึกษาแบบภาคตัดขวางไม่สามารถยืนยันเหตุ–ผล (2) การรายงานตนเองอาจเกิดอคติจากความต้องการตอบให้เป็นที่ยอมรับทางสังคม และ (3) จำนวน

ผู้สูบปัจจุบันมีน้อย ทำให้ค่าประมาณบางตัวแปรมีความไม่แน่นอนสูง ดังนั้น ผลลัพธ์ควรตีความด้วยความระมัดระวังในฐานะหลักฐานเชิงความสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ ผลการศึกษาเสนอว่าการป้องกันควรดำเนินแบบบูรณาการ ได้แก่

1. จัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่เน้นการรับรู้ความเสี่ยงและกฎหมาย
2. จัดกิจกรรมปรับทัศนคติ และเสริมทักษะปฏิเสธ (Peer Pressure)
3. พัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมในโรงเรียน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติการสูบบุหรี่มวน หรืออาศัยในบริบทกำกับดูแลต่ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงตามติด (Longitudinal Study) เพื่อทดสอบลำดับเหตุ-ผลของ Knowledge-Attitude-Practice (KAP) Model และ Health Belief Model (HBM)
2. ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างผู้สูบปัจจุบันเพื่อเพิ่มความแม่นยำของค่าประมาณ
3. ควรศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม เช่น การตลาดออนไลน์ การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ และบรรทัดฐานกลุ่มเพื่อน
4. ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของการเสริมความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. Yomna R, Hassan F, Mohamed A, Said M.(2023). Awareness, knowledge, and attitude toward electronic cigarettes among adolescents: a cross-sectional study. 2023.
2. World Health Organization.(2024). Electronic cigarettes (e-cigarettes) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Oct 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/electronic-cigarettes
3. National Statistical Office.(2564). รายงานการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
4. Phetphum C.(2566). การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาและการปรับตัวในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าของครูในโรงเรียน [รายงานวิจัย]. พิษณุโลก: หน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบภาคเหนือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
5. Wisetsak S.(2567). การสำรวจการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย พ.ศ. 2567 [Internet]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [cited 2024 Oct 11]. Available from: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=6024
6. Office of the Tobacco Products Control Committee. Academic information on electronic cigarettes [Internet]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [cited 2024 Oct 11]. (in Thai). Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf
7. Ketumarn P.(2550). พัฒนาการวัยรุ่น (Adolescent development) [Internet]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2550 [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm
8. Onmoi P, Buareung A, Phapongam C, Chanrungrueang T, Laonoi N, Boonrod A.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนในจังหวัดอุตรดิตถ์. Thai J Health Sci. 2565;31(Suppl 2):197–205.

9. Sukhothai Provincial Public Health Office.(2568). รายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2568. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2568.
10. Becker MH.(1974). The Health Belief Model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):324–508. doi:10.1177/109019817400200407
11. World Health Organization.(2019). Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization.
12. Daniel WW.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons.
13. Bloom BS.(1975). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
14. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
15. Yupa P, Ekkasanti T, Phianthanya S, Kongrod S, Phanchanuk S, Phonphimai S, et al.(2566). Factors associated with electronic cigarette use among university students in Nakhon Ratchasima Province. J Allied Health Sci Suan Sunandha Rajabhat Univ. 2566;9(2):100–12.
16. Maneekul J, Homsin P, Srisuriyawet R.(2566). Factors associated with early-stage e-cigarette smoking among upper secondary school students in Chachoengsao Province. Nurs J. 2566;50(4):1–11.
17. Suwatthapinyoh P, Kengkanphanit M, Kengkanphanit T.(2564). Factors associated with e-cigarette use among upper secondary school students in Bangkok. J Health Educ. 2564;44(2):88–101.
18. Phanatchai P.(2567). Prevalence and factors associated with electronic cigarette smoking behavior among upper secondary school students in Samut Prakan Province. J Health Sci Pathumthani Univ. 2567;4(2):8–21.
19. House JS.(1981). The nature of social support. In: Reading MA, editor. Work stress and social support. Boston: Addison-Wesley; 1981. p. 3–29.
20. Caplan G.(1976). Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publications; 1976.

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอำนาจเจริญ

Predictive Factors of Health Literacy among Caregivers of Diabetic Older Adults at Risk for Chronic Kidney Disease in Amnat Charoen Province.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

วิไล พรหมบุตร[1] สุทธีพร มูลศาสตร์[2] และสมนึก สกุลหงส์โสภณ[3]
Wilai prombutr[1], Sutteeporn Moolsart[2], and Somnuek Sakulhongsophon[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง และ 3) อิทธิพลของปัจจัยทำนายด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 150 คน ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) สัมพันธภาพของครอบครัว 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 5) แรงจูงใจ และ 6) การสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของส่วนที่ 2-6 อยู่ระหว่าง .80-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของส่วนที่ 2-6 เท่ากับ .72, .78, .82, .93, และ .95 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) อายุ การศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) แรงจูงใจ การศึกษา และอายุ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 24.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน

Abstract

This study aimed to examine: 1) health literacy among caregivers of older adults with diabetes mellitus at risk for chronic kidney disease; 2) the relationships between age, educational level, duration of caregiving, family relationships, health status perception, motivation, and social support with health literacy among caregivers of older adults with diabetes mellitus at risk for chronic kidney disease; and 3) the predictive influence of the factors of age, educational level, duration of caregiving, family relationships, health status perception, motivation, and social support on health literacy among caregivers of older adults with diabetes mellitus at risk for chronic kidney disease. The research was survey research. The sample consisted of 150 caregivers of older adults with diabetes mellitus at risk for chronic kidney disease in Amnat Charoen Province, selected through multi-stage random sampling. The research instrument was a questionnaire comprising six sections: 1) general information; 2) family relationships; 3) health literacy; 4) health status perception; 5) motivation; and 6) social support. The content validity index for sections 2–6 ranged from .80 to

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] รศ.ดร.อาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[3] รศ.ดร.อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

1.00, and Cronbach's alpha coefficients for sections 2–6 were .72, .78, .82, .93, and .95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that 1) Overall health literacy among caregivers of older adults with diabetes mellitus at risk for chronic kidney disease was at a moderate level. 2) Age, educational level, family relationships, motivation, and social support were significantly correlated with health literacy at the .05 level. 3) Motivation, educational level, and age collectively explained 24.5% of the variance in health literacy among caregivers of older adults with diabetes mellitus at risk for chronic kidney disease, with statistical significance at the .05 level.

Keywords: Health literacy, Caregivers, Older adults, Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมีผลกระทบต่อคนทั่วโลก สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อ ค.ศ. 2024 พบว่า สัดส่วนผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจาก ค.ศ. 1990 จนถึง ค.ศ. 2022 เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14[1] ประชากรวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-79ปี) ร้อยละ 11.1 หรือ 1 ใน 9 คน มีภาวะโรคเบาหวาน 589 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคน หรือ 1 ใน 8 คน ภายใน ค.ศ. 2050 และมีประชากรทั่วโลกถึงร้อยละ 43 หรือประมาณ 252 ล้านคน ยังไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน[2] สำหรับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า คนไทย 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน ประมาณร้อยละ 40 ยังไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน[3] สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2024 มีผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับโรคเบาหวาน ประมาณ 3.4 ล้านคนทั่วโลก หรือเฉลี่ย 1 คนทุก 9 วินาที[4] ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 30–50 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากเบาหวาน (diabetic kidney disease: DKD) และความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3–5 ในผู้ป่วยเบาหวานมีรายงานอยู่ระหว่างร้อยละ 24–43.8[2] นอกจากนี้ โรคไตจากเบาหวานยังเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอาจตรวจพบภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรคได้ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 32.2[5] จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกตามระยะของการเกิดโรค พ.ศ. 2565-2567 พบความชุกของโรคไตเรื้อรังระดับ 3-5 อยู่ระหว่างร้อยละ 64.23-73.39[6] ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ

โครงสร้างประชากรโลกกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากประมาณ 1 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคน ใน ค.ศ. 2050[7] แนวโน้มดังกล่าวเป็นผลมาจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงทั่วโลกร่วมกับการมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลายระบบ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ส่งผลต่อการดูแลหรือการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ประมาณ 1 ใน 4 มีภาวะโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 25[4] ในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 21.12 คาดว่าใน พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากถึง 5.3 ล้านคน[3] จำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศที่เป็นผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุการป่วยจากโรคเบาหวาน พ.ศ. 2564 จำนวน 499,991 คน คิดเป็นร้อยละ 12.63 ส่วนในจังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวน 4,045 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.40[4]ซึ่งสูงกว่าภาพรวมระดับประเทศ ในขณะเดียวกันมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีภาวะเปราะบางถึงร้อยละ 21.95 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป[8] การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้โรคไตเรื้อรังมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

นโยบายการดำเนินงานภาครัฐ ได้ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การ

จัดบริการครอบคลุมทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง รูปแบบการดูแลระยะยาวมีส่วนสำคัญในการชะลอภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ สามารถฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจ[9] ถึงแม้ภาครัฐสนับสนุนให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบายดังกล่าว แต่บทบาทการดูแลหลักยังคงเป็นบทบาทของครอบครัว บุคคลในครอบครัวยังมีหน้าที่หลักโดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากค่านิยมเรื่องความกตัญญูในสังคมไทย แต่ผู้ดูแลในครอบครัวมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านวัสดุอุปกรณ์การดูแล และปัญหาด้านการเงิน รวมทั้งผู้ดูแลจำนวนมากมีบทบาทเชิงซ้อน คือ ต้องดูแลทั้งลูกและบิดา มารดา และการทำงานเพื่อหารายได้ ขณะที่ผู้ดูแลมีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุด้วยกันมากขึ้น ทั้งจากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ผู้ดูแลที่เป็นบุตรใกล้เป็นผู้สูงวัยเอง ต้องดูแลบุพการีที่เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง การจัดบริการจึงควรครอบคลุมและคำนึงถึงผู้ดูแลเพื่อบรรเทาภาวะอารมณ์ จิตใจ ความเครียด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ[10]

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ เนื่องจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอจะนำมาซึ่งการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามความบกพร่องของร่างกาย สติปัญญา และสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญมากที่จะช่วยลดปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน[11]

การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีผู้ศึกษาวิจัยถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้เส้นทางความรอบรู้ทางสุขภาพ “Health Literacy Pathway Model” ของ เอ็ดเวิร์ด, วู้ด, ดาวีส์, และเอ็ดเวิร์ด[12] และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในชุมชนให้มีระดับที่สูงขึ้น สามารถดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนเองได้เป็นอย่างดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทำนายด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงสำรวจ (Survey research) วิธีการดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอำนาจเจริญ ใน พ.ศ. 2568 จำนวน 14,296 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จากจังหวัดอำนาจเจริญ โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) บุคคลในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีค่าอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร และให้การดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเขียน อ่านและพูดภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ โดยกำหนดระดับที่ค่า alpha = .05 ให้อำนาจการทดสอบ (Power) = .93 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง (r = 15) ได้กลุ่มตัวอย่าง 139 คน และเพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 จำนวน 11 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 150 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ จังหวัดอำนาจเจริญมีเขตปกครอง 7 อำเภอ *ขั้นตอนที่ 1)* แบ่งเครือข่ายบริการ สุขภาพ ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ตามเครือข่ายการบริการสุขภาพอำเภอ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ออกเป็น 3 CUP *ขั้นตอนที่ 2)* สุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากเลือก CUP ละ 1 อำเภอ ได้ 3 อำเภอ *ขั้นตอนที่ 3)* สุ่มตำบลจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากเลือกตำบล ใน 3 อำเภอ ได้ 3 ตำบล *ขั้นตอนที่ 4)* คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจากจำนวนผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังของแต่ละตำบลทั้ง 3 ตำบล และ*ขั้นตอนที่ 5)* ดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2) สัมพันธภาพของครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือระหว่างคนในครอบครัว (Family Support) ความขัดแย้งในครอบครัว (Family Conflict) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว ข้อคำถามพัฒนาจากแบบประเมินระดับสัมพันธภาพของครอบครัว (แบบสั้น) (Thai Family Relationship Evaluation: SF-FRE-Thai) ลักษณะข้อคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผล 3 ระดับ น้อย ปกติ และมาก

ส่วนที่ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 63 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไต มีจำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ

ลักษณะเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ถูกต้อง ไม่แน่ใจ และถูกต้อง (2) ทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก ข ค และ ง โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว (3) ทักษะการฟัง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ไม่ถูกต้อง ไม่แน่ใจ (4) ทักษะการพูด จำนวน 3 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินทักษะในการถ่ายทอดความรู้จากการพูดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคไต (5) ทักษะการคำนวณ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก ข ค และ ง โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว และ (6) ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกให้คะแนน เหมาะสม/ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสม/ไม่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินทักษะในการแก้ไขทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน และโรคไต ตามแนวคิดแบบจำลองเส้นทางความรอบรู้ด้านสุขภาพ (The health literacy pathway model) ของ เอ็ดเวิร์ด, วู้ด, ดาวีส์, และเอ็ดเวิร์ด[12] ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของคุณ สายฝน สารินทร์[13] การแปลผล 3 ระดับ ต่ำ ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ Short-Form 36 (SF-36) ฉบับภาษาไทย ลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อเป็น likert scale[14] หลายระดับ การแปลผล 2 ระดับ ดี และไม่ดี

ส่วนที่ 5) แรงจูงใจ จำนวน 25 ข้อ วัดแรงจูงใจ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวภาพ 2) ด้านจิตใจ และ 3) ด้านสังคม โดยผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากแนวคิดทฤษฎี Biopsychosocial Model (BPS) ของ George L. Engel[15] ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผล 3 ระดับ ต่ำ ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 6) การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 18 ข้อ วัดการสนับสนุนด้านสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านสิ่งของบริการ โดยผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากแนวคิดของ House[16] ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ การแปลผล 3 ระดับ น้อย ปานกลาง และมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถาม ส่วนที่ 2) สัมพันธภาพของครอบครัว ส่วนที่3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนที่5) แรงจูงใจ และ ส่วนที่6) การสนับสนุนทางสังคม ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าอยู่ระหว่าง .80-1.00 ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 2-6 ได้ค่าเท่ากับ .72, .78, .82, .93, และ .95 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีถึงดีมาก สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

2. ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง การให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นไปตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามไม่มีการใส่ชื่อและนามสกุลจริง แต่ใช้รหัสแทน กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการให้ข้อมูล และมี

สิทธิ์ที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

3. ผู้วิจัยรักษาความลับของการตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามจะถูกเก็บในซองกระดาษปิดผนึกในซองอย่างมิดชิด ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ

4. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมของกลุ่มประชากร หลังจากสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากมีการตีพิมพ์และเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรและตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแล

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficients) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากตัวแปรที่ศึกษาอยู่ในระดับอันตรภาคขึ้นไปและผ่านการตรวจสอบสมมติฐานการแจกแจงปกติแล้ว

3. สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ตามหมายเลขการวิจัยที่ 64/2568 วันที่ 26 กันยายน 2568 - 30 กันยายน 2569

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52 ปี (SD = 10.97) จบการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 57.3) รองลงมา คือ ชั้นประถม ศึกษา (ร้อยละ 30.0) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 76.7) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 80.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4734 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ เป็นหนี้ (ร้อยละ 42) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพกายร้อยละ 59.3 และไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 44.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 5-10 ปี ค่าเฉลี่ย 9.45 ปี จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน มากกว่า 12 ชั่วโมง ร้อยละ 40 ค่าเฉลี่ยในการดูแล 13 ชั่วโมง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 41.08, SD = 7.266) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมาก ได้แก่ทักษะการฟัง (M = 5.49, SD = .610) รองลงมาได้แก่ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (M = 2.56, SD = .709) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไต (M = 12.66, SD = 2.58) ด้านทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร (M = 10.94, SD = 2.96) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำ ได้แก่ ทักษะการคำนวณ (M = 8.11, SD = 2.77) และทักษะการพูด (M = 1.32, SD = 1.47)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients)ระหว่างปัจจัย

ส่วนบุคคล และปัจจัยด้านแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	*p-value*
อายุ	-.337	.001
การศึกษา	.373	.001
ระยะเวลาในการดูแล	.054	.514
สัมพันธภาพในครอบครัว	.175	.032
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.127	.122
แรงจูงใจ	.375	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.238	.003

*p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่การศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก (r = .373, r = .175) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ส่วนปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบ (r = -.337) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 2) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก (r = .375) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง และ3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก (r = .238) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ส่วนระยะเวลาในการดูแลและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 150)

ตัวทำนาย	R^2	*b*	SE	Beta	t	*p-value*
แรงจูงใจ	.141	4.191	1.086	.284	3.858	.001
การศึกษา	.231	.563	.178	.244	3.157	.002
อายุ	.261	-.124	.051	-.188	-2,429	.016

ค่าคงที่ 29.856; SE = 5.476, R = .511, R^2 = .261, adjust R^2 = .245, F = 5.899
p-value = .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ แรงจูงใจ การศึกษา และอายุ โดยสามารถวมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ R^2 = .261 หรือคิดเป็นร้อยละ 24.5 (R^2= .261, p< .05) ปัจจัยตัวแรกที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนาย ได้แก่ แรงจูงใจ โดยสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ ร้อยละ 14.1 (R^2= .141, p<.001) ปัจจัยตัวที่สองที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนาย ได้แก่ การศึกษา ดยสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เพิ่มเป็นร้อยละ 23.1 (R^2= .231, p< .001) และปัจจัยตัวที่สามที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนาย ได้แก่ อายุ โดยสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เพิ่มเป็น ร้อยละ 26.1 (R^2= .261, p < .05)

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ แรงจูงใจ (B = 4.191) ปัจจัยตัวที่สองที่มีอิทธิพลมากในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การศึกษา (B = .563) ปัจจัยตัวที่สามที่มีอิทธิพลมากในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ (B = -.124)

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแล

มีจุดแข็งด้านการรับรู้ข้อมูลและการตัดสินใจขั้นพื้นฐาน แม้จะมีทักษะการฟังและการตัดสินใจในระดับดี ซึ่งสะท้อนประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ยังขาดทักษะการสื่อสาร การพูด และการคำนวณ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญต่อการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพและการจัดการข้อมูลด้านการรักษา เช่น การคำนวณยาและโภชนาการผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaimongkon et al.[17] ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน และการศึกษาของ Abed et al.[11] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายอยู่ในระดับเพียงพอ รวมถึงการศึกษาของ Soleimaninejad et al.[19] ที่รายงานผลในทิศทางเดียวกัน ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะทักษะเชิงปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารและการจัดการข้อมูลสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ควบคู่กับการคำนึงถึงบริบทชนบท ซึ่งผู้ดูแลอาจมีข้อจำกัดด้านการศึกษา รายได้ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ การศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองเส้นทางความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Edwards, Wood, Davies, & Edwards.[12] ที่ว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคม จะเอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติ ซึ่งแรงจูงใจเป็นกลไกภายในที่กระตุ้นให้เกิดการเข้าถึง เรียนรู้ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ความมั่นใจ และความยั่งยืนในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม สะท้อนบทบาทของบริบททางสังคมที่ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจด้านสุขภาพ แม้ความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่ยังแสดงให้เห็นถึงเส้นทางอิทธิพลทางอ้อมที่ช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของ Edwards, Wood, Davies, & Edwards.[12]

ปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจ ระดับการศึกษาและอายุ แรงจูงใจเป็นตัวแปรที่มีอำนาจทำนายสูงสุด สะท้อนว่าเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ แสวงหาข้อมูลสุขภาพ และพัฒนาทักษะการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยแรงจูงใจมักเกิดจากความรัก ความผูกพัน และความกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจเป็นกลไกสำคัญที่ผลักดันให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ ใส่ใจ นำไปสู่การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจด้านสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การศึกษามีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่น้อยกว่ามัธยมศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับที่มุ่งพัฒนาทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การฟัง พูด อ่าน เขียน การคิดคำนวณ อันเป็นรากฐานสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจ ตีความ และประเมินข้อมูลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อานนท์ สังขะพงษ์ และคณะ[20] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Karakaya Ergün, S., & Cingil.[21] ที่พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในเส้นทางความรอบรู้ด้านสุขภาพ อันนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมั่นใจและยั่งยืน

อายุมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลอายุน้อยหรือวัยกลางคนมีแนวโน้มความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า เนื่องจากสามารถเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Internet, Facebook,

Line และ YouTube เพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพได้ดี มีศักยภาพในการประมวลผลและใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับกับงานวิจัยของ อานนท์ สังขะพงษ์ และคณะ[20] และ Karakaya Ergün, S., & Cingil.[21]

ข้อเสนอแนะ

1) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลเป็นสำคัญ

2) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำและผู้ดูแลสูงอายุ โดยเลือกใช้สื่อและวิธีการสอนที่เหมาะสมกับบริบท

3) บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านก่อนจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้การสนับสนุนได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). *Diabetes*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). *Standards of care in diabetes—2025*. *Diabetes Care, 48*(Suppl. 1). https://doi.org/10.2337/dc25-SINT
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2567*.
4. International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas* (11th ed.). https://www.diabetesatlas.org
5. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล (บ.ก.). (2565). *ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง*. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. (n.d.). https://hdc.moph.go.th/acr/public/main
7. World Health Organization. (2025). *Ageing and health*. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
8. คณิตา ทองเนื้อแปด, สุภัชฌา เก่งพานิช, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, & กษิดิศ หล้าวงษา. (2567). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการ ณ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 7(2). https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/issue/view/18479
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. *ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2560*. https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/06/2560_ article_q3_002.pdf
11. ดลฤดี ทับทิม, อังศินนท์ อินทรกำแหง, และอรพินทร์ ชูชม. (2021). ความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแล: สิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, *6*(1), 1-16.
12. Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). *The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model*. *BMC Public Health, 12*, 130. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130
13. สายฝน สารินทร์, สุทธีพร มูลศาสตร์, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี(2019) The Effectiveness of a Health Literacy Development Program in Patients with Type 2 Diabetes Risking to Chronic Kidney Disease. NJPH (วารสาร พ.ส.) [internet]. 2019 Aug. 31 [cited 2026 May 11];29(2):64-73. available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/214887
14. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
15. G. L. Engel and L. Salzman, N. Engl. J. Med. 288, 44 (1973).

16. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.
17. Chaimongkon, S., Sakulwattana, W., Ong-Artborirak, P., Liyanage, E., & Seangpraw, K. (2025). *Health literacy and behaviors of patients and caregivers related to glycemic control among individuals with type 2 diabetes in Chiang Mai Province, Thailand*. *Patient Preference and Adherence, 19*, 753–765. https://doi.org/10.2147/PPA.S501095
18. Abed, M. A., Khalifeh, A. H., Khalil, A. A., Darawad, M. W., & Moser, D. K. (2019). Functional health literacy and caregiving burden among family caregivers for patients with end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing, 28*(7-8), 1219-1228. https://doi.org/10.1111/jocn.14721
19. Soleimaninejad, A., Valizadeh-Haghi, S., & Rahmatizadeh, S. (2019). Assessing the eHealth literacy skills of family caregivers of medically ill elderly. *Journal of Education and Health Promotion, 8*, 161. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_72_19
20.อานนท์ สังขะพงษ์, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(2), 55-62
21. Karakaya Ergün, S., & Cingil, D. (2020). Health literacy of family caregivers and related factors. *Clinical and Experimental Health Sciences, 10*(2), 123–130. https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.705248

เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์และกิจกรรมการบริการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีบุตรยาก
Medically Assisted Reproductive Technologies and nursing service activities for women with infertility.

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

ภคพร เที่ยวรอบ[1] อารีย์วรรณ เที่ยวรอบ[2] ลาวัณย์ ผลสมภพ[3] ชัชวาล วงค์สารี[4]
Phakaphon Taewrob[1] Areewan* Teo-rawb[*2] Lawan Pholsompope[3] Chutchavarn Wongsaree

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการใช้เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (MART) และกิจกรรมการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีบุตรยากภายใต้บริบทของกฎหมายไทย ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสตรีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การรักษาในปัจจุบันมีความก้าวหน้าตั้งแต่การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI) การทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) การฉีดอสุจิเข้าเซลล์ไข่ (ICSI) ไปจนถึงการย้ายเซลล์สืบพันธุ์เข้าไปในท่อนำไข่ (GIFT) การนำตัวอ่อนย้ายไปสู่ท่อนำไข่ (ZIFT) การนำไข่ที่ผสมแล้วแบ่งเซลล์ 2-6 เซลล์เข้าบริเวณท่อนำไข่ (TET) ซึ่งการเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านี้ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการห้ามรับจ้างตั้งครรภ์เชิงพาณิชย์และการควบคุมมาตรฐานจริยธรรม นอกจากนี้ยังมีกรณีศึกษาของสตรีที่ต้องใช้เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ด้วยวิธี GIFT เนื่องจากข้อจำกัดทางความเชื่อที่ต้องการการปฏิสนธิภายในร่างกาย พบว่ากิจกรรมการพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนความสำเร็จของการรักษา โดยสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) กิจกรรมให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมและปรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 2) กิจกรรมเฝ้าระวังเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการกระตุ้นรังไข่และการผ่าตัดส่องกล้อง 3) กิจกรรมเน้นการจัดการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากวิถีชีวิต และ 4) กิจกรรมการป้องกันภาวะเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและให้การดูแลที่ปลอดภัย ทันสมัย และสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลในระดับสากลภายใต้กรอบของกฎหมายไทย

คำสำคัญ: เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์, กิจกรรมการพยาบาล, สตรีที่มีบุตรยาก, กฎหมายช่วยการเจริญพันธุ์

Abstract

This aimed to describe the use of Medically Assisted Reproductive Technology (MART) and nursing activities for infertile women within the context of Thai law. Infertility is a significant problem that affects women both physically and psychologically. Current treatments have advanced considerably, ranging from Intrauterine Insemination (IUI), In Vitro Fertilization (IVF), and Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) to Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT), Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT), and the transfer of fertilized embryos at the 2–6 cell stage into the fallopian tube (TET). Access to these technologies must strictly comply with the Protection of Children Born Through Medically Assisted Reproductive Technology Act B.E. 2558 (2015), particularly regarding the prohibition of commercial surrogacy and the regulation of ethical standards. A case study is also presented of a

[1] สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
[2] สาขาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th
[3] สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th
[4] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th

woman who required medically assisted reproductive technology using the GIFT method due to religious belief constraints requiring fertilization to occur within the body. It was found that nursing activities play a critically important role in driving the success of treatment, and can be categorized into four key domains: 1) educational activities to prepare patients and modify health behaviors in accordance with lifestyle medicine principles; 2) surveillance activities to monitor complications arising from ovarian stimulation and laparoscopic surgery; 3) activities emphasizing self-care management to reduce lifestyle-related risk factors; and 4) risk prevention activities. Professional nurses must therefore serve as coordinators and providers of care that is safe, up-to-date, and consistent with international care standards within the framework of Thai law.

Keywords: Medically Assisted Reproductive Technology, Nursing Activities, Infertile Women, Reproductive Technology Law

บทนำ

ภาวะมีบุตรยาก (Infertility) ถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสุขภาวะที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โดยมีการนิยามว่าเป็นความล้มเหลวในการบรรลุผลสำเร็จของการตั้งครรภ์ภายหลังจากที่มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอโดยไม่ได้คุมกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน ซึ่งมีสาเหตุปัจจัยที่ซับซ้อนทั้งจากระบบสืบพันธุ์เพศหญิง เพศชาย หรือปัจจัยร่วมที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด[1] ข้อมูลจากคณะกรรมการนานาชาติเพื่อการติดตามเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ICMART) ซึ่งรวบรวมสถิติจากทั่วโลกพบว่ามีการทำรอบการรักษาด้วยเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาค สะท้อนให้เห็นถึงความชุกของปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสังคมและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ที่ต้องการมีบุตร ความกดดันทางสังคมและค่านิยมในการสร้างครอบครัวทำให้ภาวะมีบุตรยากไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังเป็นประเด็นทางจิตสังคมที่ต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบและครอบคลุมในระดับสากล[2]

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ภาวะมีบุตรยากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อโครงสร้างประชากรและอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าอุบัติการณ์ของความชุกในกลุ่มสตรีไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามปัจจัยด้านวิถีชีวิต ความเครียด และการสมรสที่ช้าลง ซึ่งข้อมูลระบาดวิทยาชี้ให้เห็นว่าสตรีจำนวนมากต้องเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและปรึกษาเบื้องต้น[3] นอกจากนี้ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ความร้อนที่ส่งผลต่อคุณภาพสเปิร์มในเพศชาย ก็เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีในครอบครัวประสบภาวะมีบุตรยากตามไปด้วย[4] การทำความเข้าใจถึงความชุกและลักษณะการกระจายตัวของปัญหาในระดับท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ระบบสาธารณสุขไทยสามารถวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรและกำหนดทิศทางการรักษาให้สอดคล้องกับบริบทของสตรีที่มีบุตรยากในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (Medically Assisted Reproductive Technologies: MART) จึงก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นทางเลือกและฐานรากแห่งความหวังสำหรับผู้ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ด้วยวิธีธรรมชาติ การพัฒนาจากพื้นฐานการรักษาในอดีตสู่ความก้าวหน้าที่ซับซ้อนในปัจจุบันทำให้ MART กลายเป็นเครื่องมือทรงพลานุภาพในการแก้ปัญหาความบกพร่องของระบบสืบพันธุ์[5] ไม่ว่าจะเป็นการฉีดเชื้ออสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI) การทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) หรือการฉีดตัวอสุจิเข้าไปในเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI) เทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยข้ามขีดจำกัดทางชีวภาพและเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในการรักษานั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความล้ำสมัยของเครื่องมือเพียงอย่าง

เดียว แต่ยังต้องการกิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพและการดูแลแบบองค์รวมเพื่อสนับสนุนสตรีในระหว่างกระบวนการรักษาที่ยาวนานและซับซ้อน[5]

เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อพยาธิสภาพที่หลากหลายของคู่สมรส โดยเริ่มจากการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (Intrauterine Insemination: IUI) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้หลักการพื้นฐานในการคัดเลือกอสุจิที่มีคุณภาพและนำไปวางในตำแหน่งที่ใกล้ไข่มากที่สุดในช่วงที่มีการตกไข่ ซึ่งวิธีนี้ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ[6] หากวิธีเบื้องต้นไม่ประสบผลสำเร็จ เทคโนโลยีขั้นสูงอย่างการทำเด็กหลอดแก้ว (In vitro fertilization: IVF) และการทำอิ๊กซี่ (Intracytoplasmic sperm injection: ICSI) จะถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับเซลล์[7] นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยี Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) ซึ่งเป็นการนำไข่และอสุจิใส่กลับเข้าสู่ท่อนำไข่เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิตามธรรมชาติในร่างกาย ซึ่งเป็นทางเลือกที่สำคัญสำหรับสตรีที่ยังมีท่อนำไข่ที่ปกติ[8] ความหลากหลายของเทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยให้แพทย์สามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสาเหตุเฉพาะรายได้อย่างแม่นยำ[7]

ในปัจจุบันยังมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเสริมเพื่อเพิ่มโอกาสสำเร็จในกลุ่มสตรีที่มีปัจจัยซับซ้อน เช่น การใช้เทคนิคภาพจำลองกระสวยเมโอติก (Meiotic spindle visualization) เพื่อช่วยในการคัดเลือกและดูแลไข่ในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งช่วยลดโอกาสความผิดพลาดในการปฏิสนธิ[9] หรือการนำเกล็ดเลือดเข้มข้น (Platelet-rich plasma: PRP) มาใช้ร่วมกับตัวกระตุ้นเพื่อรักษาในกลุ่มสตรีที่มีเยื่อบุโพรงมดลูกบาง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฝังตัวของตัวอ่อน[10] แม้กระทั่งในกรณีที่สตรีมีปัญหาเนื้องอกมดลูก การใช้เทคนิคการตัดเนื้องอกควบคู่ไปกับการทำ In vitro maturation (IVM) ของไข่ก็เป็นแนวทางใหม่ที่ช่วยให้สตรีเหล่านี้สามารถมีบุตรได้โดยลดความเสี่ยงจากการกระตุ้นไข่[9] นวัตกรรมเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าเขตแดนของการรักษาภาวะมีบุตรยากกำลังขยายกว้างขึ้นเพื่อครอบคลุมทุกปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการเจริญพันธุ์

สาเหตุและปัจจัยในเพศหญิง (Female Factors) สาเหตุในผู้หญิงมักเกี่ยวข้องกับระบบฮอร์โมนและพยาธิสภาพของอวัยวะสืบพันธุ์ ดังนี้ 1) ความผิดปกติของการตกไข่ (Ovulatory Disorders) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด เช่น ภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบ (PCOS) ซึ่งทำให้ฮอร์โมนไม่สมดุลและไข่ไม่ตกตามรอบธรรมชาติ[1] 2) พยาธิสภาพที่ท่อนำไข่ (Tubal Factors) การอุดตันหรือความเสียหายของท่อนำไข่จากการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (PID) หรือการผ่าตัดในอดีต ทำให้ไข่กับอสุจิไม่สามารถปฏิสนธิกันได้ 3) ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) เนื้อเยื่อมดลูกที่เจริญนอกตำแหน่งอาจทำให้เกิดพังผืดในอุ้งเชิงกราน หรือส่งผลต่อคุณภาพของเซลล์ไข่และการฝังตัว 4) ความผิดปกติของมดลูก (Uterine Factors): เช่น เนื้องอกมดลูก (Myoma uteri) ที่ขัดขวางการฝังตัวของตัวอ่อน หรือภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกบาง (Thin endometrium)[10] 5) ปัจจัยด้านอายุ (Advanced Maternal Age) เมื่ออายุมากกว่า 35 ปี ปริมาณและคุณภาพของเซลล์ไข่จะลดลงอย่างรวดเร็ว รวมถึงความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางโครโมโซมที่เพิ่มขึ้น[9]

สาเหตุและปัจจัยในเพศชาย (Male Factors) สาเหตุในผู้ชายส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับคุณภาพของอสุจิและการผลิต ดังนี้ 1) ความผิดปกติของอสุจิ (Sperm Abnormalities) ได้แก่ จำนวนอสุจิน้อย (Oligospermia), การเคลื่อนที่ต่ำ (Poor motility) หรือรูปร่างที่ผิดปกติ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเจาะไข่[7] 2) การอักเสบและติดเชื้อ (Infection & Inflammation) การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ เช่น อัณฑะอักเสบ หรือการเกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่อต้าน

อสุจิตนเอง (Autoimmunity)[11] 3) ความผิดปกติทางโครงสร้าง เช่น เส้นเลือดขอดในถุงอัณฑะ (Varicocele) ซึ่งทำให้อุณหภูมิในอัณฑะสูงขึ้นจนทำลายการผลิตอสุจิ หรือท่อส่งอสุจิอุดตัน 4) ปัจจัยด้านฮอร์โมน ความผิดปกติของต่อมใต้สมองหรือต่อมหมวกไตที่ส่งผลต่อการผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน 5) ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ปัญหาการหลั่งเร็วหรือการไม่แข็งตัว รวมถึงความพิการทางกายภาพที่ขัดขวางการหลั่งอสุจิในช่องคลอด[12]

ปัจจัยสนับสนุนร่วม (Shared Lifestyle Factors) นอกเหนือจากปัจจัยทางกายภาพ พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมภาวะมีบุตรยาก ดังนี้ 1) เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงหรือสารให้ความหวานเทียม ส่งผลเสียต่อทั้งเซลล์ไข่และอสุจิ [13,14] 2) สิ่งแวดล้อมและความร้อน การสัมผัสความร้อนสูงในบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นเวลานาน (เช่น การทำงานในที่ร้อน) มีผลโดยตรงต่อคุณภาพสเปิร์ม[4] 3) ภาวะโภชนาการและความเครียด โรคอ้วน (Obesity) หรือน้ำหนักตัวที่น้อยเกินไปส่งผลต่อสมดุลฮอร์โมนการเจริญพันธุ์ รวมไปถึงความเครียดสะสมที่ขัดขวางกลไกการตกไข่และการผลิตอสุจิ[15] การเข้าใจสาเหตุที่แน่ชัดจะช่วยให้พยาบาลและทีมแพทย์สามารถเลือกใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น IUI, IVF หรือ GIFT ได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นของแต่ละคู่สมรส

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายการใช้เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (MART) และกิจกรรมการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีบุตรยากภายใต้บริบทของกฎหมายไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Documentary Research โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปเป็นกิจกรรม ได้ดังต่อไปนี้

กิจกรรมการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีบุตรยากที่รับบริการเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (MART)

กิจกรรมการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีบุตรยากที่รับบริการเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มโอกาสความสำเร็จและลดผลกระทบเชิงลบทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยสามารถจำแนกกิจกรรมการบริการพยาบาลออกเป็น 4 ด้านหลัก ดังนี้

1. กิจกรรมให้ความรู้ (Educational Activities) กิจกรรมการให้ความรู้เป็นหัวใจสำคัญในการเตรียมความพร้อมแก่สตรีที่มีบุตรยากเพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการรักษาที่ซับซ้อนและมีความคาดหวังที่สมเหตุสมผล พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาด้วยวิธีต่างๆ เช่น การฉีดเชื้ออสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์สากล[6] รวมถึงเทคโนโลยีขั้นสูงอย่างการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) และการทำอิ๊กซี่ (ICSI) เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละเทคนิค[7] นอกจากนี้ พยาบาลต้องสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้าของนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น การทำ In vitro maturation (IVM) ของไข่ในกรณีที่มีข้อจำกัดทางกายภาพ[9] และส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีเพื่อลดความวิตกกังวล[19] การให้ความรู้ยังต้องครอบคลุมถึงบทบาทของเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพของเซลล์สืบพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สตรีสามารถเตรียมตัวได้เองก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษาทางการแพทย์[14]

2. กิจกรรมเฝ้าระวัง (Surveillance Activities) การเฝ้าระวังเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามความก้าวหน้า

และตรวจหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรอบการรักษา โดยเน้นการใช้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการ [20] พยาบาลต้องเฝ้าระวังปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ เช่น ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากพบสัญญาณเตือนต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที[15] ในเชิงคลินิก การเฝ้าระวังรวมถึงการติดตามอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูกในตำแหน่งที่คาดไม่ถึงแม้จะใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ [17] รวมถึงการติดตามปัจจัยจากฝ่ายชายที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของตัวอ่อน เช่น ภาวะการอักเสบในระบบสืบพันธุ์หรือความบกพร่องของอสุจิจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ต้องได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด[4,7]

3. กิจกรรมเน้นการจัดการดูแลตนเอง (Self-management Focus Activities) กิจกรรมที่เน้นการให้ผู้รับบริการสามารถจัดการดูแลตนเองได้นั้น มีความสำคัญต่อความต่อเนื่องและผลลัพธ์ของการรักษาในระยะยาว โดยพยาบาลต้องส่งเสริมให้สตรีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเคร่งครัด [14] กิจกรรมหลักประกอบด้วยการแนะนำให้หลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือสารให้ความหวานเทียม ซึ่งมีหลักฐานว่าส่งผลกระทบต่อผลสำเร็จของการรักษา [13] พยาบาลควรสนับสนุนให้สตรีพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดและแรงกดดันทางสังคมที่เกิดจากสภาวะการมีบุตรยาก โดยถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของผู้หญิงที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัว[21] การจัดการตนเองยังรวมถึงการดูแลสุขภาพพื้นฐานเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านการเจริญพันธุ์ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการพักผ่อนที่เพียงพอ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้สภาพร่างกายพร้อมสำหรับการฝังตัวของตัวอ่อนและเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์

4. กิจกรรมการป้องกันภาวะเสี่ยง (Risk Prevention Activities) การป้องกันภาวะเสี่ยงเป็นมาตรการเชิงรุกที่พยาบาลใช้เพื่อลดโอกาสล้มเหลวของการทำ MART และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับสตรี โดยเฉพาะการป้องกันปัจจัยที่จะทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบางซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยี PRP มาช่วยลดความเสี่ยงในจุดนี้[10] พยาบาลต้องทำหน้าที่คัดกรองและป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากอายุที่เพิ่มขึ้นของคู่สมรส ซึ่งส่งผลโดยตรงต่ออัตราการเกิดมีชีพ[18] รวมถึงการให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม เช่น ความร้อนที่อาจทำลายคุณภาพของสเปิร์มซึ่งเป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้การปฏิสนธิล้มเหลว[4] นอกจากนี้ การดูแลที่เป็นธรรมและเข้าถึงง่ายสำหรับสตรีทุกกลุ่มอัตลักษณ์ยังช่วยป้องกันความเสี่ยงจากการเข้าไม่ถึงบริการที่เหมาะสม ซึ่งอาจนำไปสู่การรักษาที่ล่าช้าเกินควร [22] การทำงานเชิงรุกในการระบุและกำจัดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้กิจกรรมการพยาบาลบรรลุเป้าหมายสูงสุดในการสร้างครอบครัวที่สมบูรณ์แก่สตรีที่มีบุตรยาก

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา: การพยาบาลสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากที่รับการรักษาด้วย วิธี Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT)

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคล (Personal Characteristics)

ผู้รับบริการสตรี อายุ 34 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาโท ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนที่มีความเครียดจากการทำงานสูง แต่งงานมาแล้ว 3 ปี มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง โดยไม่ได้คุมกำเนิดแต่ยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ (ภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ) ผู้รับบริการมีประวัติสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัดในช่องท้อง รอบประจำเดือน

สม่ำเสมอทุก 28-30 วัน มาครั้งละ 3-5 วัน ไม่มีอาการปวดประจำเดือนรุนแรง มีความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมครอบครัวที่ต้องการให้การปฏิสนธิเกิดขึ้นภายในร่างกายตามธรรมชาติมากกว่าการทำเด็กหลอดแก้ว (Kundra, 2024)

ผลการตรวจร่างกายและตรวจพิเศษ (Physical Exam and Lab Results)

จากการตรวจร่างกายทั่วไปพบว่า สัญญาณชีพปกติ ดัชนีมวลกาย (BMI) 22.5 kg/m² ผลการตรวจภายในและอัลตราซาวด์มดลูกไม่พบก้อนเนื้องอกหรือพังผืดที่ผิดปกติ ผลการตรวจความท่อนำไข่ (Hysterosalpingogram: HSG) พบว่าท่อนำไข่ปกติทั้งสองข้าง (Patent both fallopian tubes) ผลการตรวจระดับฮอร์โมน FSH, LH และ Estradiol อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจเลือดคัดกรองโรคติดเชื้อ (HIV, Syphilis, Hepatitis) ให้ผลลบทั้งคู่สมรสและตัวผู้รับบริการเอง สำหรับผลการตรวจอสุจิของสามี (Semen Analysis) พบว่ามีความเข้มข้น 40 ล้านตัว/มล. การเคลื่อนที่ (Motility) ร้อยละ 55 และรูปร่างปกติร้อยละ 10 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ความต้องการมีบุตรของสามีและครอบครัว

สามีอายุ 36 ปี ประกอบอาชีพวิศวกร มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการมีบุตรสูงมาก เพื่อสืบทอดวงศ์ตระกูลและสร้างความสมบูรณ์ให้กับชีวิตครอบครัว โดยสามีให้การสนับสนุนภรรยาในทุกขั้นตอนการรักษา ทั้งด้านค่าใช้จ่ายและการดูแลสภาพจิตใจ อย่างไรก็ตาม ทั้งคู่มีความกังวลเกี่ยวกับการปฏิสนธิภายนอกร่างกายเนื่องจากข้อจำกัดทางความเชื่อส่วนบุคคลที่ต้องการให้กระบวนการเริ่มแรกของการเกิดชีวิตเป็นไปตามกลไกธรรมชาติในร่างกายฝ่ายหญิงมากที่สุด จึงปฏิเสธการทำ IVF ในเบื้องต้นและเลือกเข้ารับการปรึกษาเพื่อทำ GIFT

การวินิจฉัยนำไปสู่การทำ GIFT (Diagnosis leading to GIFT)

จากข้อมูลข้างต้น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ (Unexplained Infertility) ประกอบกับผู้รับบริการมีท่อนำไข่ที่ปกติและคู่สมรสมีข้อจำกัดด้านความเชื่อในการปฏิสนธิภายนอกร่างกาย (Religious/Personal constraints) แพทย์จึงตัดสินใจดำเนินการรักษาด้วยวิธี Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่นำไข่และอสุจิไปวางไว้ในท่อนำไข่เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิภายในร่างกาย

แผนการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษา (Nursing Care Plan)

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษา (Nursing Care Plan)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาด้วยวิธี GIFT และโอกาสความสำเร็จ เป้าหมายการพยาบาล: ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการรักษาและมีระดับความวิตกกังวลลดลง	**ระยะเตรียมการ:** 1. ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับขั้นตอนการทำ GIFT ตั้งแต่การกระตุ้นไข่ การส่องกล้องจนถึงการปฏิบัติตัวหลังทำ เพื่อลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ [19] 2. แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เน้นการลดเครื่องดื่มรสหวานเพื่อเพิ่มคุณภาพเซลล์ไข่และลดความเสี่ยงความล้มเหลว[13,14] 3. สนับสนุนทางด้านจิตใจโดยการเปิดโอกาสให้ซักถามและสะท้อนความรู้สึกเนื่องจากการจัดการปัจจัยทางจิตวิทยาส่งผลต่ออัตราความสำเร็จ[15]
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดส่องกล้องและการกระตุ้นรังไข่เกินขนาด (OHSS)	**ระยะการทำ GIFT:** 1. เตรียมร่างกายตามมาตรฐานการผ่าตัดส่องกล้อง (Laparoscopy) และประสานงานกับทีมแพทย์ในการเก็บไข่และคัดเลือกอสุจิที่สมบูรณ์เพื่อใส่กลับเข้าท่อนำไข่[7]

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษา (Nursing Care Plan)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เป้าหมายการพยาบาล: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	2. ติดตามสัญญาณชีพและอาการปวดท้องรุนแรงในระหว่างและหลังการส่องกล้องเพื่อเฝ้าระวังการบาดเจ็บของอวัยวะภายในหรือการมีเลือดออกในช่องท้อง ระยะหลังทำ: 1. ติดตามอาการท้องอืด น้ำหนักตัวเพิ่มเร็ว หรือหายใจลำบาก ซึ่งเป็นสัญญาณของภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป (OHSS) เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที[20] 2. ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติและช่องทางการติดต่อฉุกเฉินหากมีอาการรุนแรงภายหลังกลับบ้าน
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูกจากการย้ายเซลล์สืบพันธุ์เข้าสู่ท่อนำไข่ เป้าหมายการพยาบาล: ตรวจพบและจัดการภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกได้รวดเร็ว (ถ้ามี)	**ระยะหลังทำและการดูแลต่อเนื่อง:** 1. นัดตรวจระดับฮอร์โมน HCG ตามกำหนดและแนะนำให้สังเกตอาการปวดเกร็งมดลูกรุนแรงหรือเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เนื่องจาก GIFT มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก [17] 2. ส่งเสริมการพักผ่อนและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังทำหัตถการ เพื่อลดการบีบตัวของท่อนำไข่ที่อาจส่งผลต่อการฝังตัวของตัวอ่อน 3. นัดติดตามผลอัลตราซาวด์เพื่อยืนยันตำแหน่งการฝังตัวของตัวอ่อนเมื่ออายุครรภ์ครบ 6-7 สัปดาห์ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care)

พยาบาลควรติดตามผลลัพธ์ของการรักษาและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหากผลการตั้งครรภ์ล้มเหลว พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาเพื่อประเมินความพร้อมทางจิตใจสำหรับการรักษาในรอบถัดไป [21] รวมถึงประสานงานในระบบการดูแลเพื่อให้สตรีเข้าถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพ [20] และรักษาความจงรักภักดีในการใช้บริการผ่านการดูแลที่เอื้ออาทร

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (MART) มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาภาวะมีบุตรยากซึ่งเป็นปัญหาที่ทวีความซับซ้อนขึ้นในบริบทของสังคมไทยปัจจุบัน สอดคล้องกับรายงานของ ICMART ที่ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของรอบการรักษาด้วย MART ทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่แต่งงานช้าและมีปัจจัยด้านวิถีชีวิตที่เป็นอุปสรรคต่อการตั้งครรภ์ ในด้านการเลือกใช้เทคโนโลยี กรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจเลือกวิธีรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องคำนึงถึงความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมส่วนบุคคล ซึ่งในกรณีนี้ส่งผลให้เลือกใช้วิธี GIFT แทน IVF เนื่องจากผู้รับบริการต้องการให้การปฏิสนธิเกิดขึ้นภายในร่างกายตามธรรมชาติประเด็นนี้มีนัยสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการให้การดูแลที่เคารพคุณค่าและอัตลักษณ์ของผู้รับบริการ

กิจกรรมการพยาบาลทั้ง 4 ด้านที่พบในการศึกษานี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้ความรู้ การเฝ้าระวัง การส่งเสริมการดูแลตนเอง ไปจนถึงการป้องกันภาวะเสี่ยง ล้วนมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพเซลล์สืบพันธุ์และผลสำเร็จของการรักษายิ่งไปกว่านั้น ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ก็มีอิทธิพลต่ออัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลที่มุ่งดูแลเฉพาะด้าน

ร่างกายอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม การดำเนินกิจกรรม MART ในประเทศไทยต้องอยู่ภายใต้กรอบของพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 อย่างเคร่งครัด พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ทางกฎหมายที่ทันสมัยและทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับมาตรฐานจริยธรรมทั้งในระดับชาติและนานาชาติการบูรณาการองค์ความรู้ด้านคลินิก จริยธรรม และกฎหมายเข้าด้วยกันจึงเป็นสมรรถนะหลักที่พยาบาลผู้ดูแลสตรีมีบุตรยากพึงมีในบริบทของระบบสุขภาพไทยปัจจุบัน

บทความวิชาการเรื่องเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์และกิจกรรมการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีบุตรยาก สรุปได้ว่าภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งจากปัจจัยทางกายภาพและจิตใจของทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยปัจจุบันมีนวัตกรรม MART หลากหลายรูปแบบ เช่น IUI, IVF, ICSI, GIFT และ TET เพื่อแก้ไขปัญหาความบกพร่องของระบบสืบพันธุ์ภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมายไทยที่เน้นจริยธรรมและการห้ามแสวงหาผลประโยชน์เชิงพาณิชย์ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมการพยาบาล 4 ด้านหลัก ได้แก่ การให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อม การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการป้องกันภาวะเสี่ยงเช่นการตั้งครรภ์นอกมดลูก การพยาบาลที่บูรณาการกรณีศึกษาและการดูแลแบบองค์รวมจะช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์ ยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการเจริญพันธุ์ และสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการทางการแพทย์เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถบรรลุเป้าหมายในการมีบุตรที่สมบูรณ์และสร้างครอบครัวที่มีความสุขได้อย่างยั่งยืนตามมาตรฐานสากลและกรอบกฎหมายที่ระบุไว้ชัดเจนในบริบทของประเทศไทยสืบต่อไป[15,20,21]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลสตรีมีบุตรยากควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านเทคโนโลยี MART ที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เช่น การใช้ PRP สำหรับเยื่อบุโพรงมดลูกบางและ Meiotic spindle visualization ในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน รวมถึงทักษะการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคม เนื่องจากปัจจัยทางจิตวิทยามีอิทธิพลโดยตรงต่ออัตราความสำเร็จของการรักษาการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันที่มีศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากจะช่วยยกระดับมาตรฐานการพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

2. ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่คำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรม สถานบริการสุขภาพควรพัฒนาแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการประเมินความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมส่วนบุคคลของผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับ ดังที่พบในกรณีศึกษาที่ผู้รับบริการปฏิเสธ IVF และเลือก GIFT ด้วยเหตุผลทางความเชื่อ การละเลยมิติด้านนี้อาจนำไปสู่การเลือกเทคโนโลยีที่ไม่สอดคล้องกับคุณค่าของผู้รับบริการ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว แนวปฏิบัติดังกล่าวจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลที่เคารพอัตลักษณ์ของผู้รับบริการทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม

3. ด้านการส่งเสริมการเข้าถึงบริการและการให้ความรู้เชิงรุกในชุมชน ระบบบริการสุขภาพควรพัฒนากลไกเชิงรุกในการเผยแพร่ความรู้เรื่องภาวะมีบุตรยากและ MART แก่สตรีและครอบครัวในระดับชุมชน เนื่องจากพบว่าสตรีไทยจำนวนมากยังเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและปรึกษาเบื้องต้น ความล่าช้าในการรับการรักษาส่งผลเสียโดยตรงต่ออัตราความสำเร็จ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ที่ปริมาณและคุณภาพเซลล์ไข่ลดลงอย่างรวดเร็ว การให้ความรู้ตามหลักเวช

ศาสตร์วิถีชีวิตตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับการรักษาจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้และเพิ่มโอกาสความสำเร็จ

4. ด้านการพัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์การพยาบาลและฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ควรพัฒนาระบบตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกายและจิตใจ รวมถึงจัดเก็บข้อมูลกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบในระดับสถาบันเนื่องจากปัจจุบันงานวิจัยด้านกิจกรรมการพยาบาลสำหรับ MART ในบริบทไทยยังมีจำกัด ฐานข้อมูลดังกล่าวจะเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับชาติ และช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถบริหารจัดการทรัพยากรในระบบสาธารณสุขไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อบริบทของสตรีมีบุตรยากในประเทศได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Abu-Soud, H. M., et al. (2025). Overview of infertility. Systems Biology in Reproductive Medicine, 71(1), 116–142.
2. Adamson, G. D., et al. (2025). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART): World report for cycles conducted in 2017–2018. Human Reproduction, 40(6), 1110–1126.
3. ณัฐชานันท์ ไตรวัฒนวงษ์ รักชนก คชานุบาล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการปรึกษา/ตรวจภาวะมีบุตรยาก. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2562;22(1): 59-73.
4. กรรณ ด่านวิบูลย์, ศุจีภรณ์ ศรีประดิษฐ์, ปฏิพล ตั้งบำรุงกุล, ชุตินันท์ แสงกาญจนวนิช, ฉันท์ชนิต พฤกษเศรษฐ, พัชรพล เจียมอนุกูลกิจ, กมลชนก สายใจ, กิตติ์ พงศ์พัชราพันธุ์, ศักรินทร์ ภูผานิล, และ ศราวุธ ลาภมณีย์. (2564). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องผลของความร้อนต่อคุณภาพของสเปิร์มและการมีบุตรยากในเพศชาย. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 28(2), 178-188.
5. ชลธิชา สถิระพจน์ วิชาญ โชคธนะศิริ. จากพื้นฐานสู่ความก้าวหน้าของการรักษาภาวะมีบุตรยาก.รามาธิบดีเวชสาร, 2560;40(4):49-58.
6. Cohlen, B., et al. (2018). IUI: review and systematic assessment of the evidence that supports global recommendations. Human Reproduction Update, 24(3), 300-319.
7. Jain, M., Fang, E., & Singh, M. (2026). Assisted Reproductive Technology (ART) Techniques. StatPearls Publishing.
8. Kundra, R. (2024). Enhancing Fertility: Exploring the Role of Gamete Intrafallopian Transfer. Reprod Syst Sex Disord, 13(2), 410.
9. More, A., et al. (2024). The implications of the meiotic spindle visualization technique on in vitro fertilization (IVF) outcome in a perimenopausal patient. Cureus, 16(3), e55375.
10. Mahajan, S., et al. (2024). Platelet-rich plasma with an activator: A new approach for treating thin endometriums of women suffering from infertility. Cureus, 16(9), e70495.
11. Gullo, G., et al. (2025). Decoding the puzzle of male infertility: The role of infection, inflammation, and autoimmunity. Diagnostics, 15(5), 547.
12. Wei, Q., et al. (2025). Nursing support for testicular sperm aspiration and intracytoplasmic sperm injection in patients with high paraplegia: a retrospective case series. Basic Clin Androl, 35(1), 34.
13. Chavarro, J. E., et al. (2026). Maternal intake of sugar- and artificially sweetened beverages and outcomes of assisted reproduction: A prospective cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 133(2), 302–310.

14. มกรารัตน์ หวังเจริญ. (2567). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อภาวะมีบุตรยาก. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 16(3), 295-305.
15. ณัฏฐ์พิมล ปิ่นไชยธนา และ วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพ็ชร์. (2566). การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยากที่รับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้วศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 29(2), e262080.
16. ไพชยนต์ เจริญสุข. การป้องกันสิทธิของคู่สมรสที่มีความผิดปกติในเซลล์สืบพันธุ์ทั้งสองฝ่ายในการใช้เทคโนโลยีเจริญพันธุ์ทางการแพทย์. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น, 2563; 4(1): 1-31.
17. Criscione, M., et al. (2026). Tubal Stump Ectopic Pregnancy After IVF-ET in Patients Who Underwent Salpingectomy or Adnexectomy: A Qualitative Systematic Review. Medicina, 62(1), 83.
18. Tierno, N. I. Z., et al. (2024). The impact of advanced paternal age on the live birth rate in patients undergoing assisted reproduction treatment: Findings from an analysis at a public reproductive center in Brazil. JBRA Assisted Reproduction, 28(4), 650–657. https://doi.org/10.5935/1518-0557.20240053
19. Chikeme, P. C., & Arinze, B. L. (2021). Awareness, Perceived Efficacy and Utilization of Assisted Reproductive Technologies Among Women Attending Infertility Clinic in a Nigerian Tertiary Health Institution. Research Square, 1-15.
20. ดุษฎี น้อยดี, สุวรรณา อนุสันติ, และ พรรณวิภา บรรณเกียรติ. (2563). การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(3), 324-330
21. เสาวรส แพงทรัพย์, เอมพร รตินธร, รุ่งทิพย์ กาศักดิ์, และ พรทิพย์ คณานับ. (2564). ประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก: การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(3), 1-16.
22. Charlton, B. M., et al. (2024). Differences in medically assisted reproduction use by sexual identity and partnership: A prospective cohort of cisgender women. Human Reproduction, 39(6), 1323–1335.

ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

The Relationship between Body Image and Social Support among Postoperative Oral Cancer Patients at Suratthani Cancer Hospital.

(Received: May 10,2026 ; Revised: May 16,2026 ; Accepted: May 18,2026)

จุฑารัตน์ เรืองชุม[1] อุไรวรรณ ศุภศิลป์[1]
Chutarat Ruengchum[1] Uraiwan Supasilapa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาพลักษณ์ ระดับการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังผ่าตัดจำนวน 41 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาพลักษณ์ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบค่า t การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.73 อายุเฉลี่ย 61.32 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลิ้น ในระยะที่ 2 และมีระยะเวลาหลังผ่าตัดเฉลี่ย 6-12 เดือน ระดับตัวแปร ภาพรวมผู้ป่วยมีภาพลักษณ์อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$= 30.31) แต่ด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะความยากลำบากในการกินและการพูด สำหรับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 58.19) โดยได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัวมากที่สุด ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีผลต่อภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.027) โดยกลุ่มที่ผ่าตัดน้อยกว่า 3 เดือนมีภาพลักษณ์เชิงลบสูงกว่ากลุ่มอื่น และผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว (p = 0.038) ความสัมพันธ์ ในภาพรวมไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างภาพลักษณ์ด้านความคิดและการรับรู้กับการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารอย่างมีนัยสำคัญ (r_s = -0.345, p < 0.05)

คำสำคัญ: ภาพลักษณ์ , การสนับสนุนทางสังคม , มะเร็งช่องปาก

Abstract

This correlational survey research was conducted to study the levels of body image, social support, related factors, and the relationship between body image and social support among postoperative oral cancer patients at Suratthani Cancer Hospital. The sample consisted of 41 postoperative oral cancer patients selected according to specified criteria during the years 2024–2025 (B.E. 2567–2568). The research instruments included a personal information questionnaire, the Hopwood body image scale, and the House social support questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, One-way ANOVA, and Spearman's rank correlation.

The results of the research were as follows: The majority of the sample were male 70.73% with an average age of 61.32 years. Most were diagnosed with tongue cancer (CA Tongue) in stage 2 and were on average 6–12 months post-surgery. Variable Levels Overall, patients had a good level of body image ($\bar{X}$= 30.31). However, the behavioral dimension was at a moderate level, particularly regarding difficulties in eating and speaking. Overall social support was at a high level ($\bar{X}$= 58.19), with emotional support from family being the most significant factor. The duration after surgery had a statistically significant effect on body image (p = 0.027). Specifically, the group that underwent surgery less than 3 months prior had a higher negative body image score than other groups. Additionally, patients without underlying diseases perceived a higher level of social support than those with comorbidities (p = 0.038). In general, no significant relationship was found between body image and social support. However, a

[1] โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

significant negative correlation was found between the cognitive and perceptual dimension of body image and informational social support (r_s = -0.345, $p < 0.05$).

Keyword: Body Image, Social Support, Oral cavity cancer

บทนำ

มะเร็งช่องปาก (Oral cavity cancer) เป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยทั่วโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การใช้ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก และการติดเชื้อไวรัส HPV ในผู้ป่วยอายุน้อย [1] รายงานว่าในปี 2022 มีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 389,846 ราย และเสียชีวิต 188,438 ราย โดยชนิดที่พบมากที่สุด คือ Squamous Cell Carcinoma (SCC) [2] การรักษามะเร็งช่องปากทำโดยการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด การผ่าตัดที่ทำให้เสียโฉม อาจทำให้รูปลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกของตนเองและความมั่นใจ [3] การกลืนและภาพลักษณ์ของร่างกายเป็นประเด็นสำคัญหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ด้านความรู้สึกซึมเศร้า (Depression) และความกลัวการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อภาพลักษณ์โดยรวม การรับรู้ความน่าดึงดูด และความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ภายนอก [4] เหล่านี้ส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงในเชิงลบ [5] จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลถึงผลกระทบหลังการรักษานั้น หรือการสนับสนุนทางสังคมและจิตวิญญาณสามารถทำนายผลลัพธ์ทางจิตสังคมที่ดีขึ้นในด้านการทำงานของช่องปาก และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูงมีความสามารถในการรับมือกับปัญหาการพูดและการรับประทานอาหารได้อย่างดีมากขึ้น [6] การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง มีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยช่วยลดความรู้สึกถูกตีตรา เสริมสร้างความหวัง และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาได้

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นศูนย์ตติยภูมิ ได้มีเริ่มให้บริการรักษามะเร็งช่องปากครบวงจร ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา และในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 134 ราย [7] พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัดบางรายมีปัญหาการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารลำบาก การพูดสื่อสารลำบาก มีความไม่มั่นใจในรูปลักษณ์ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อการเตรียมความพร้อมในการรักษาขั้นตอนต่อไป

อย่างไรก็ตามในส่วนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทางโรงพยาบาลยังขาดการติดตามและประเมินผลกระทบหลังการรักษาอย่างเป็นระบบ ข้อมูลดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัดทั้งด้านการพยาบาลและการรักษา เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี และพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้คลอบคลุมแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational Research)โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจย้อนหลัง (Retrospective Survey Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี การวิจัยความสัมพันธ์

ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Body Image) ของ (Hopwood, 2001) [8] และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) [9]

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยหลักการวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) เท่ากับ 0.4 (Coben, 1992) [10] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significance level: CC) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of the test: 1- B) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังผ่าตัดในช่วงระยะเวลา 2 ปี จึงมีโอกาสที่ข้อมูลจะสูญหายได้ ดังนั้นจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 [11] ทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 41 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยก่อนหน้าที่มีความใกล้เคียงกัน พบว่าการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์ตนเองในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม (r = 0.78–0.81) ซึ่งอยู่ในระดับสูง [12] เนื่องจากประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากซึ่งมีบริบทของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่แตกต่างกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการประเมินขนาดอิทธิพลที่สูงเกินจริง การศึกษานี้จึงกำหนดค่า effect size ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง (r = 0.40) ตามแนวทาง conservative approach และใช้ค่านี้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังกสรผ่าตัด ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม ชนิดการผ่าตัด และระยะเวลาหลังผ่าตัด

2) แบบสอบถามภาพลักษณ์ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินจากแบบสอบถามภาพลักษณ์ของ Hopwood (2001) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เบญจรัตน์ ชีวพูนผล [13] และวันวิสาห์ ศรีแสงโชติ [14]

3) แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของสุชาดา ธราพร [15] มาดัดแปลงและปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด ตามกรอบแนวคิดของ House

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสม และการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า (Content Validity Index; CVI) ซึ่งแบบสอบถามภาพลักษณ์ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าเท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้แบบสอบถาม (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังผ่าตัด ที่เข้ารับบริการปี พ.ศ. 2567-2568 จำนวน 20 คน เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีทั้งหมด จากนั้นคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามภาพลักษณ์ค่าเท่ากับ 0.76 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมค่าเท่ากับ 0.91

การรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับงานสารสนเทศและงานเวชระเบียน เพื่อดำเนินการ สืบค้นและคัดกรองรายชื่อผู้ป่วย (Chart Review) ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากฐานข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยดำเนินการ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (Telephone

Interview) เพื่อเก็บข้อมูลในส่วนของภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก (ตัวแปรต้น 10 ปัจจัย) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Independent t-test, และ F– test

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติ (p=0.001) จึงใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี และได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ SCH_EC_027/2569 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 70.73 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนว 14 คน คิดเป็นร้อยละ 34.15 มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 51.21 สถานภาพสมรส จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 68.29 ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 56.09 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท / เดือน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 39.02 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ CA tongue จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 41.46 ระยะโรคส่วนใหญ่เป็น State 2 จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 48.79 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 68.29 มีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 ชนิดการผ่าตัดส่วนใหญ่ partial glossectomy, SND จำนวน14 คน คิดเป็นร้อยละ 34.15 และระยะเวลาหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ 6-12 เดือน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 39.02

2. ข้อมูลด้านภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี (n=41) พบว่า **1. ด้านอารมณ์และความรู้สึก** ภาพรวมในด้านนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับตัวในระดับดี แต่ยังมีความกังวลแฝงในบางประเด็น จุดที่ปรับตัวได้ดีมาก คือผู้ป่วยร้อยละ 80.49 ไม่รู้สึกว่ายากลำบากที่จะมองร่องรอยบาดแผลของตนเอง (คะแนนรวม 21) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าตนเองมีเสน่ห์ดึงดูดใจน้อยลง ร้อยละ 60.98 และไม่รู้สึกไม่พอใจกับรูปลักษณ์ภายนอกร้อยละ 68.30 จุดที่น่ากังวล (ระดับไม่ดี) ความมั่นใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกสูญเสียความมั่นใจ โดยมีถึงร้อยละ 46.33 ที่รู้สึกในระดับมาก (คะแนนรวม 54) ซึ่งสูงสุดในด้านนี้ ระดับปานกลาง ผู้ป่วยรับรู้ว่าร่างกายมีความเปลี่ยนแปลงไปไม่สมบูรณ์เหมือนก่อนร้อยละ 34.14 (ระดับปานกลาง) และรับรู้ว่าแผลผ่าตัดทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนไปจากเดิม **2. ด้านความคิดและการรับรู้** ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติในเชิงบวกต่อการรักษาและรูปลักษณ์ของตนเองความพึงพอใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 58.53 ไม่รู้สึก ว่าไม่พึงพอใจกับแผลเป็น (คะแนนรวม 27) สะท้อนถึงการยอมรับในผลของการรักษาได้ดี ความคาดหวัง ผู้ป่วยร้อยละ 46.33 ไม่มีความคิดเชิงลบหรือความคาดหวังที่ผิดปกติ โดยเชื่อว่ารูปลักษณ์หลังการรักษาอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ (คะแนนรวม 30 อยู่ในระดับดี) ความรู้สึกส่วนตัวยังคงมีผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกไม่ชอบที่มีแผลผ่าตัดบริเวณใบหน้า โดยให้คะแนนในระดับปานกลาง (คะแนนรวม 33) **3. ด้านพฤติกรรม** ด้านนี้เป็นด้านที่พบปัญหารุนแรงที่สุด โดยเฉพาะในเชิงการทำหน้าที่ของร่างกาย อุปสรรคสำคัญ (ระดับไม่ดี) การรับประทานอาหาร เป็นปัญหาที่วิกฤตที่สุด ผู้ป่วยร้อยละ 41.47 รู้สึกยากลำบากมาก และร้อยละ 43.89 รู้สึกปานกลาง (คะแนนรวม 53) การพูดและการ

สื่อสาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.34 รู้สึกยากลำบากในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนนรวม 46) จุดที่ปรับตัวได้ดี การเข้าสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 78.05 ไม่หลีกเลี่ยง การพบปะผู้อื่น และไม่ต้องแต่งกายมิดชิดเพื่อปกปิดบาดแผลร้อยละ 56.10 สะท้อนว่าผู้ป่วยกล้าเผชิญหน้ากับสังคมแม้จะมีความลำบากทางกาย สภาวะจิตใจ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าในระดับปานกลาง (คะแนนรวม 34) โดยกลุ่มที่รู้สึกเพียงเล็กน้อยมีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 41.47

3. สรุประดับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ในภาพรวมอยู่ใน ระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.31 เมื่อพิจารณารายด้านพบรายละเอียดดังนี้ **ด้านอารมณ์และความรู้สึก** และ**ด้านความคิดและการรับรู้** อยู่ในระดับดี สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความพึงพอใจและมีความคาดหวังในเชิงบวกต่อรูปลักษณ์ของตนเองหลังการรักษา **ด้านพฤติกรรม** อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (สะท้อนแนวโน้มในทางลบมากกว่าด้านอื่น) โดยเฉพาะความยากลำบากในการรับประทานอาหารและการพูดสื่อสาร ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันหลังการผ่าตัด ชี้ให้เห็นว่า แม้ในเชิงจิตใจผู้ป่วยจะมีการปรับตัวต่อภาพลักษณ์ได้ดี แต่ในเชิงการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional aspects) ยังเป็นจุดที่ต้องการการสนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ

4. ข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี พบว่า **1. ด้านอารมณ์** (ประกอบด้วย 3 หมวด) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในหมวดการยอมรับและกำลังใจในระดับสูง ดังนี้ **หมวดที่ 1 ได้รับความเข้าใจ** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 73.17 รู้สึกว่ามีคนเข้าใจความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง (คะแนนรวม 48) **หมวดที่ 2 ได้รับกำลังใจ** ความรู้สึกอุ่นใจเมื่อมีคนอยู่เคียงข้างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.05 การได้รับกำลังใจเมื่อรู้สึกท้อแท้ อยู่ในระดับสูง (คะแนนรวม 49) โดยมีผู้ตอบว่าได้รับมากถึงร้อยละ 17.07 **หมวดที่ 3 การยอมรับ** ได้รับการสนับสนุนในระดับสูงทั้ง 2 ข้อคำถาม คือ ความรู้สึกเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคมร้อยละ 70.73 ตอบระดับปานกลาง แต่คะแนนรวมส่งผลให้สรุปเป็นระดับสูง และการได้รับความสนใจในการดูแลสุขภาพจากคนในครอบครัว (คะแนนรวม 51) **2. ด้านข่าวสาร** (ประกอบด้วย 3 หมวด) ในด้านนี้ พบว่าผู้ป่วยทุกข้อคำถามมีการรับรู้การสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (คะแนนรวมระหว่าง 45-48) **หมวดที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา** ผู้ป่วยร้อยละ 80.00-82.00 ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคและผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง หมวดที่ 2 ได้รับคำแนะนำ การได้รับข้อมูลฝึกพูด/ฟื้นฟูสมรรถนะ และการดูแลแผลผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.61 และร้อยละ 85.36 ตามลำดับ) **หมวดที่ 3 การเข้าถึงแหล่งข้อมูล** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.17 ทราบว่าจะหาข้อมูลหรือขอคำแนะนำจากใครเมื่อมีปัญหาสุขภาพในระดับปานกลาง **3. ด้านทรัพยากร** (ประกอบด้วย 3 หมวด) พบความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมอย่างชัดเจน ดังนี้ **หมวดที่ 1 การช่วยเหลือร่างกาย/กิจวัตร** ได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันจากคนใกล้ชิดในระดับสูง (คะแนนรวม 49) **หมวดที่ 2 การช่วยเหลือการเงิน/สิ่งของ** การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินหรือสิ่งของจากบุคคลในสังคมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนรวม 29) ซึ่งเป็นข้อเดียวในตารางที่อยู่ในระดับต่ำอย่างไรก็ตาม บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ในช่วงเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง (คะแนนรวม 50) และการช่วยเหลือในการเดินทางมาโรงพยาบาลโดยครอบครัวอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 53.65 ตอบระดับมาก) **หมวดที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ** ได้รับความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมในระดับสูง ร้อยละ 87.80 ตอบระดับปานกลาง (คะแนนรวม 50) **4. ด้านการประเมินพฤติกรรม** สะท้อนถึงการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและการยอมรับ ระดับสูง ผู้ป่วยได้รับการเคารพ ยกย่อง และนับถือจากคนในครอบครัว (คะแนนรวม 50) ระดับปานกลาง การได้รับการ

ยอมรับจากเพื่อนร่วมงานขณะเจ็บป่วย ร้อยละ70.73 การกลับไปทำงานประจำอีกครั้ง ร้อยละ 51.22 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติร้อยละ 70.73 และการออกกำลังกายได้ตามปกติ (คะแนนรวม 44)

5. สรุประดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 58.19) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า **ด้านอารมณ์** อยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยได้รับความสนใจและกำลังใจจากครอบครัวเป็นอย่างดี ทำให้รู้สึกอุ่นใจและเป็นที่ยอมรับ **ด้านข่าวสาร** อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลแผลผ่าตัดอย่างเพียงพอ แต่ยังต้องการข้อมูลเพิ่มเติมด้านการฝึกพูดและฟื้นฟูสมรรถนะช่องปาก **ด้านทรัพยากร** อยู่ในระดับปานกลาง โดยได้รับการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง แต่ได้รับความช่วยเหลือด้านเงินหรือสิ่งของจากสังคมในระดับต่ำ **ด้านการประเมินพฤติกรรม** อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยยังคงได้รับความเคารพนับถือจากครอบครัวและสามารถปรับตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติในระดับปานกลาง แม้ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ จากครอบครัวในระดับสูง แต่ผลกระทบทางกายภาพใน **ด้านพฤติกรรม** (การกินและการพูด) ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

6. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามเพศ และการมีโรคร่วม การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามเพศ และการมีโรคร่วม พบว่า เพศ ไม่พบความแตกต่างของภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมระหว่างเพศชายและเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ โรคร่วม ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว รับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.038 (p < .05)

7. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามปัจจัยที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม

ตารางที่ 4-1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	n	ภาพลักษณ์ ($\bar{X}$)	F	p	การสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X}$)	F	p
1. < 3 เดือน	6	36.50	3.42	0.027*	55.40	0.88	0.461
2. 3-12 เดือน	22	29.80			59.20		
3. > 1 ปีขึ้นไป	13	28.31			57.80		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

จากตารางที่ 4-1 พบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ต่างกันส่งผลต่อภาพลักษณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ p= 0.027 (p < .05) F= 3.42 โดยกลุ่มที่ผ่าตัดน้อยกว่า 3 เดือนมีคะแนนภาพลักษณ์สูงกว่า (สะท้อนภาพลักษณ์เชิงลบมากกว่า) กลุ่มที่ผ่าตัดมานานกว่า การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ต่างกัน ไม่ส่งผลต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ สามารถสรุปปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ คือ ระยะเวลาหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญ โดยในช่วงแรกหลังผ่าตัด (<3 เดือน) ผู้ป่วยจะมีความกังวลต่อภาพลักษณ์สูงกว่าระยะที่เริ่มมีการปรับตัวแล้ว

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม คือ การไม่มีโรคร่วมช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่สูงกว่า ซึ่งอาจเกิดจากความสามารถในการทำกิจกรรมหรือปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวได้ดีกว่ากลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหลายด้าน

8. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด

ตารางที่ 4-2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's Rho, r_s) ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด (n=41)

ด้านการสนับสนุนทางสังคม	ภาพลักษณ์ด้านอารมณ์	ภาพลักษณ์ด้านความคิด	ภาพลักษณ์ด้านพฤติกรรม
1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	0.007	-0.067	0.007
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร	-0.253	-0.345*	-0.187
3.การสนับสนุนทางสังคม ด้านทรัพยากร	0.073	-0.094	0.078
4. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม	-0.136	-0.024	-0.189
ภาพรวม	**r_s= -0.148 p= 0.177**		

จากตารางที่ 4-2 พบว่า ในภาพรวมภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs=−0.148,p>0.05) อย่างไรก็ตาม พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่าง ภาพลักษณ์ด้านความคิดและการรับรู้ กับการสนับสนุนด้านข่าวสารอย่างมีนัยสำคัญ (rs=−0.345,p<0.05) ซึ่งหมายความว่าหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอ จะช่วยลดความรู้สึกในทางลบต่อรูปลักษณ์ของตนเองได้

สรุป

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังผ่าตัดควรบูรณาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยมีประเด็นที่จะนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่าในภาพรวมผู้ป่วยมีภาพลักษณ์อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$= 30.31) แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความยากลำบากในการพูดสื่อสารและการรับประทานอาหาร ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Hopwood ที่ระบุว่าองค์ประกอบด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามพยาธิสภาพของการรักษา นอกจากนี้ ผลที่พบว่าความยากลำบากในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional aspects) เป็นปัญหาหลัก ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bernstein et al. [16] ที่พบว่าผลกระทบทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอคือ การรับประทานอาหารและการกลืน และงานวิจัยของ Chen Chan Kuo et al. [4] ที่ยืนยันว่าความบกพร่องในการพูดและการกลืนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งช่องปาก แม้ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวในด้านจิตใจแล้วก็ตาม

2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่ได้รับคะแนนสูงสุด สอดคล้องกับแนวคิดของ House และ Schaefer et al. [17] ที่กล่าวว่า การได้รับความรักความห่วงใย และการยอมรับจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับวิกฤตสุขภาพได้ ประเด็นที่น่าสนใจคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว เป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทไทยของ ชัญญานุช พะลัง และปิ่นหทัย หนูนวล [18] ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการดูแลเอาใจใส่และกำลังใจจากเครือข่ายใกล้ชิด ทำให้รู้สึกอุ่นใจแม้ในช่วงเวลาที่ยากลำบาก อย่างไรก็ตาม การที่คะแนน ด้านทรัพยากร (การเงิน/สิ่งของ) ในหมวดความช่วยเหลือจากสังคมภายนอกอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Ruiz- Rodríguez et al. [19] ที่ระบุว่าประเภทของแหล่งสนับสนุนมีความสำคัญ

ต่างกัน โดยการสนับสนุนทางอารมณ์มักมาจากคู่ชีวิตและครอบครัว ในขณะที่การสนับสนุนด้านทรัพยากรมักเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยังมีความต้องการเพิ่มเติมจากระบบสังคม

3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัด มีผลต่อภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ผ่าตัดน้อยกว่า 3 เดือน มีภาพลักษณ์เชิงลบมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดมานานกว่า 1 ปี ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Michelle et al. [20] ที่ระบุว่าปัญหาภาพลักษณ์จะปรากฏชัดเจนและรุนแรงที่สุดในช่วงหลังการผ่าตัดใหม่ๆ เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของรูปลักษณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและยังอยู่ในระยะที่ต้องปรับตัวทางจิตวิทยา สำหรับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยที่ ไม่มีโรคร่วม รับรู้การสนับสนุนสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Kahn (1979) [21] ที่ว่าคุณภาพเชิงหน้าที่ของความสัมพันธ์จะลดลงหากบุคคลมีข้อจำกัดทางกายภาพมากเกินไป ผู้ป่วยที่มีหลายโรคอาจมีข้อจำกัดในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ทำให้การรับรู้ถึงการสนับสนุนลดลงตามไปด้วย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคม แม้ภาพรวมจะไม่พบความสัมพันธ์กัน แต่ผลที่พบว่า ภาพลักษณ์ด้านความคิดและการรับรู้ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสนับสนุนด้านข่าวสาร (r_s = -0.345, $p < .05$) เป็นจุดที่สำคัญมาก ผลนี้สะท้อนว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองตามแนวคิดของ House (1981) ช่วยลดความไม่แน่นอนและความพึงพอใจในเชิงลบต่อรูปลักษณ์ตนเองได้ [22] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ying Zhang et al. [23] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดการตีตรา (Stigma) และเพิ่มคุณภาพชีวิต และงานวิจัยของ Muhd Firdaus et al. [6] ที่ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่สำคัญที่สุด ชี้ให้เห็นว่าหากพยาบาลและทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและชัดเจน จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับเปลี่ยนมุมมองและความคิด (Cognitive) ที่ผู้ป่วยมีต่อภาพลักษณ์ของตนเองให้ไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล: ควรจัดโปรแกรมให้ข้อมูล (Information Support) ที่เข้มข้น โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความกังวลต่อภาพลักษณ์สูงสุด

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ: ควรให้ความสำคัญกับการฝึกพูด (Speech therapy) การกลืน และการจัดการด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับสภาวะหลังผ่าตัด เพื่อลดปัญหาภาพลักษณ์ด้านพฤติกรรม

3. การดูแลแบบองค์รวม: ทีมสุขภาพควรประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่มี โรคร่วม เป็นพิเศษ เนื่องจากกลุ่มนี้มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มอื่น อาจเนื่องมาจากภาระโรคที่ซ้ำซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่สนับให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Absolute numbers, mortality, both sexes, in 2022 [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022 [cited 2024 Aug 2]. Available from: https://gco.iarc.who.int
2. Montero, P. H., & Patel, S. G. (2015). Cancer of the oral cavity. Surgical Oncology Clinics of North America, 24(3), 491–508. https://doi.org/10.1016/j.soc.2015.03.006
3. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2562). การสนับสนุนทางสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2026 พ.ค. 7]. เข้าถึงได้จาก: https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/social-support/ (psy.chula.ac.th in Bing)
4. Kuo CC, Lee SYC, Liao CT.(2025). Swallowing function, body image and uncertainty in illness after reconstruction in oral cancer survivors. Oral Oncol Rep. 2025;14: 100734. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772906025000226 (sciencedirect.com in Bing)

5. ทัศนี สลัดยะนันท์. (2563). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. Che Musa, M. F., Doss, J. G., Ghani, W. M. N., Rogers, S. N., Ismail, S. M., & Ab Rahman, R. (2023). The roles of social support and spiritual aspect in predicting the association between oral functioning and psychosocial well-being among oral cancer patients. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences, 19(3), 94–101. https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/202407310916298_0694.pdf
7. สถิติข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี, (2567-2568).
8. Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. European Journal of Cancer, 37(2), 189–197. https://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00353-3
9. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Addison-Wesley.
10. Cohen J.(1992). A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155-9. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155.
11. ศักดิ์ชัย จันทะแสง. (2568). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสาร Mahidol R2R e-Journal, 12(2), 30–43.
12. Doori, Z., Hekmat, K., Mousavi, P., Latifi, S. M., & Shahbazian, H. (2021). Investigation of the relationship between perceived social support and body image in women with breast cancer. Middle East Current Psychiatry, 28(1), Article 65. https://doi.org/10.1186/s43045-021-00165-x
13. เบ็ญจรัตน์ ชีวพูนผล.(2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญการเผชิญความเครียดการสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต] กรงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2547.
14. วันวิสาห์ ศรีแสงโชติ.(2563). ผลของการดูแลต่อเนื่องต่อภาพลักษณ์สตรีหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
15. สุชาดา ธราพร, สุรีพร ธนศิลป์.(2557). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2557;26(2):135-148.
16. Bernstein, R. T., Garner-Purkis, A., Gallagher, J. E., & Scambler, S. (2025). A systematic review of social impacts of treatment and rehabilitation of head and neck cancer patients. Advances in Oral and Maxillofacial Surgery, 17, 100513. https://doi.org/10.1016/j.adoms.2024.100513
17. Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. Journal of Behavioral Medicine, 4(4), 381–406. https://doi.org/10.1007/BF00846149
18. ชัญญานุช พะลัง, และ ปิ่นหทัย หนูนวล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ: วิจัยกรณีศึกษา. วารสารโรคมะเร็ง, 40(2), 62–75.
19. Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2022). The importance of social support, optimism and resilience on the quality of life of cancer patients. Frontiers in Psychology, 13, Article 833176. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.833176
20. Michelle, A., Smith, B., & Johnson, C. (2014). The impact of social support on cancer recovery. Journal of Health Psychology, 19(3), 245–260.
21. Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In M. W. Riley (Ed.), Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives (pp. 77–91). Westview Press.
22. Fingeret MC, Vidrine DJ, Reece GP, Gillenwater AM, Gritz ER.(2009). Multidimensional analysis of body image concerns among newly diagnosed patients with oral cavity cancer. Head Neck. 2009;32(3):301 9. doi:10.1002/hed.21181
23. Zhang, Y., Cui, C., Wang, Y., & Wan, L. (2020). Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: A cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes, 18, 112. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01353-9

ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่เกาะ

Effectiveness of development of telemedicine service among patients with type 2 diabetes in primary care settings, island region.

(Received: May 11,2026 ; Revised: May 19,2026 ; Accepted: May 22,2026)

ศิรณัฐ นาวงศ์[1]
Siranut Nawong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการแพทย์ทางไกลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่เกาะ เปรียบเทียบกับการดูแลวิธีปกติในโรงพยาบาล โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 116 ราย ซึ่งได้รับบริการการแพทย์ทางไกลผ่านแอปพลิเคชัน และการดูแลวิธีปกติที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล ที่ได้รับการสุ่มอย่างอิสระ โดยศึกษาข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ติดตามผลที่ 36 เดือน มีการประเมินความความพึงพอใจของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่รับบริการการแพทย์ทางไกล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ สถิติ t-test แบบอิสระ

ผลการศึกษา พบว่าเมื่อติดตามผลเป็นเวลา 36 เดือน การแพทย์ทางไกลมีประสิทธิภาพเหนือกว่าการดูแลในสถานพยาบาลตามปกติ ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง (Mean Difference) ของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เท่ากับ -0.65, $p < 0.001$ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจาก 8.21 ± 0.96% เหลือ 7.13 ± 0.84% ($p < 0.001$) ในกลุ่มที่ได้รับการแพทย์ทางไกล ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) และระดับไขมันในเลือดชนิด LDL ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สัดส่วนของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี (HbA1c ≤ 7.0) อยู่ที่ 42.10% ในกลุ่มศึกษา และ 28.57% ในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่ได้รับบริการการแพทย์ทางไกลมีโอกาสน้อยกว่าที่จะมีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ (OR : 0.81; 95% CI : 0.45–1.46) ผู้ใช้บริการมีระดับความพึงพอใจและการยอมรับการแพทย์ทางไกลในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.91, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.28) การแพทย์ทางไกลช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมในพื้นที่ห่างไกลลง 542.16 บาทต่อครั้ง เมื่อเทียบกับการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

คำสำคัญ: การแพทย์ทางไกล เบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาล บริการปฐมภูมิ ความเสมอภาคทางสุขภาพ

Abstract

This survey research by retrospective cohort study aimed to evaluate the effectiveness of telemedicine (synchronous video conference via application) on glycemic control in 116 patients with type 2 diabetes in a primary care setting in the island region compared with in-person care in a secondary care hospital. HbA1c, FPG level, blood pressure, and serum lipid profile was assessed periodically after 36 months of follow-up. The patient satisfaction questionnaire and the patient costs (including time, travel costs, and opportunity costs) were also examined. Data were analyzed using analytical statistics, including percentages and an independent t-test.

The results at 36 months of follow-up indicated that telemedicine was superior to in-person care in improving HbA1c levels, with a mean difference (MD) of -0.65, $p < 0.001$. Mean HbA1c reduced from 8.21 ± 0.96% to 7.13 ± 0.84% ($p < 0.001$) in the telemedicine group; patients also showed a statistically significant reduction ($p < 0.001$) in FPG and LDL. The proportion of good glycemic control (HbA1c ≤ 7.0) was 42.10% in the study group and 28.57% in the control

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพังงา

group. Patients with telemedicine visits had lower odds of uncontrolled diabetes compared to in-person care (OR: 0.81; 95% CI: 0.45–1.46). Patients reported a high level of satisfaction and acceptance of telemedicine. ($\bar{x}$ = 4.91, SD = 0.28). Telemedicine reduced direct and indirect patient costs for patients in remote areas by 542.16 Baht per visit compared to an in-person visit.

Keywords: telemedicine, type 2 diabetes, glycemic outcome, primary care, health equity

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม[1] ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในปีพ.ศ. 2573 ประมาณ 643 ล้านราย และจะเพิ่มเป็น 700 ล้านรายในปีพ.ศ. 2588[2] เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3]

จากรายงานประจำปีพ.ศ. 2567 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[4] พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 6.5 ล้านราย และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นราว 350,000 รายต่อปี ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณพ.ศ. 2565-2567 มีแนวโน้มผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 40[5] สำหรับข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา พบว่ามีผู้ป่วยสะสมประมาณ 2800 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 100-200 รายต่อปี[5]

หากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะไตวายเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอประสาทตา สูญเสียความรู้สึกของระบบประสาทส่วนปลาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ [6,7,8] ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง[9] และส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น[10,11] เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร[12] เกิดภาระระบบสาธารณสุข ทำให้โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต้องรับภาระหนักขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน[13]

โรงพยาบาลพังงาได้นำระบบบริการการแพทย์ทางไกล มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่เกาะ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความท้าทายในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำจำกัดความของคำว่า “การแพทย์ทางไกล” (Telemedicine) หมายถึง การจัดให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อยู่ห่างไกล โดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ อาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษาและการป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาวิจัย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ [14,15]

จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องการให้บริการการแพทย์ทางไกล กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีเพียงการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด ในช่วงระยะเวลาสั้น 1-3 เดือน ยังขาดการศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว และ ยังขาดการศึกษาประสิทธิผลของการใช้การแพทย์ทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดพังงา ทั้งในประเด็นผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล และผลลัพธ์ความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์ ผู้วิจัยเล็งเห็น

ความสำคัญของการศึกษาในประเด็นดังกล่าว โดยมุ่งหวังว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการแพทย์ทางไกล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการให้บริการทางสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมในยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิพื้นที่เกาะ เปรียบเทียบกับการดูแลวิธีปกติ

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ ความคุ้มค่าทางการเงินในการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เปรียบเทียบกับการดูแลวิธีปกติ โดยประเมินต้นทุนทางตรงและทางอ้อม ที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (ต้นทุนของผู้ป่วย)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey Research by Retrospective Cohort Study)

ประชากร : ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่เกาะ อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา และ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา โดยวิธีปกติ (In-person care)

กลุ่มตัวอย่าง : คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Sample size for comparing two independent means) $n = (Z_{\alpha/2}+Z_{\beta})^2 *2*\sigma^2 / d^2$ โดยแทนค่าตัวแปรในโปรแกรมสำเร็จรูป G*power จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 53 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 106 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นในงานวิจัยฉบับนี้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 คน

<u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

2. อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะปันหยี บ้านเกาะไม้ไผ่ หรือ บ้านเกาะหมากน้อย อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา

3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา หรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่เกาะ อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา และมี HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7.0

4. สามารถใช้โทรศัพท์มือถือได้สะดวก

<u>เกณฑ์การคัดออก</u> (Exclusion criteria)

1. มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน

2. มีภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคไตเรื้อรังระยะ 4 ขึ้นไป (eGFR < 30 ml/min/1.73 m²)

3. มีโรคร่วม ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคสมองเสื่อม โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง อยู่ในสภาวะเปราะบาง หรือต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก

4. มีภาวะตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้บริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านแอปพลิเคชัน Line Official Account ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลรักษา ให้คำปรึกษา การแจ้งผลการตรวจเลือด และการติดตามอาการของผู้ป่วย โดยเป็นการดำเนินการสื่อสารผ่านวีดีโอที่

บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเข้ามาอยู่ในระบบพร้อมกันในเวลาเดียวกัน ใช้กล้องและไมโครโฟนถ่ายทอดภาพเสียงผ่านแอปพลิเคชัน (Synchronous or Real-time Video Call) เพื่อสอบถามอาการ พูดคุย ให้คำปรึกษา และให้การรักษาผ่านการแพทย์ทางไกล ผู้รับบริการทุกคนจะได้รับการชี้แจงข้อมูล ข้อจำกัด เช่น ไม่ได้รับการตรวจร่างกายโดยตรงจากแพทย์ หากมีอาการผิดปกติต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้งที่รับบริการ และได้รับการสาธิตวิธีการใช้งาน มีการลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้ารับบริการสาธารณสุขทางไกล กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล จะได้รับดูแลรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้คำปรึกษาโดยหลักการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Medicine) และดูแลรักษาต่อเนื่องผ่านระบบ Line Official Account พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ซักประวัติ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านวัดสัญญาณชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นผู้ให้ความรู้พูดคุยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แพทย์จะนัดหมายผู้ป่วยทางระบบออนไลน์ทุก 2 เดือน และติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ข้อมูลจากฐานข้อมูลของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (ข้อมูลทุติยภูมิ) โปรแกรมระบบสารสนเทศโรงพยาบาลพังงา (HoMC) โดยแบ่งการรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และ โรคประจำตัว

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Examination) ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับ LDL ในเลือด และข้อมูลระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมโครงการในช่วงปี พ.ศ. 2566-2568

ข้อมูลการรักษา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับ LDL ในเลือด และ ระดับความดันโลหิต ในช่วงปี พ.ศ. 2566-2568

2.2 แบบสอบถามในกลุ่มที่รับบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (ข้อมูลปฐมภูมิ) แบ่งเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และ การออกกำลังกาย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล เป็นแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีจำนวน 10 ข้อ ในประเด็นด้านระบบสื่อสาร สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์เครื่องมือ รูปแบบการให้บริการ และ คุณภาพบริการการแพทย์ทางไกลที่ได้รับ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 2คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบประเมินต้นทุนในการใช้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล เปรียบเทียบกับการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลพังงา โดยประเมินต้นทุนทางตรงและทางอ้อม ที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (ต้นทุนของผู้ป่วย) แบบสอบถามมีจำนวน 7 ข้อ ในประเด็น ค่าเดินทางมายังสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เมื่อมารับบริการที่สถานพยาบาล ต้นทุนค่าแรง ค่าเสียโอกาส ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการ และระยะเวลารอคอยที่ใช้ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อมารับบริการการแพทย์ทางไกล เปรียบเทียบกับการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลพังงา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC :

Index of Item Objective Congruence) ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.93 และ ทำการสอบถามในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (pilot study) จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ในการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา และ ผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกลของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้รายชื่อจากลำดับการรับบริการ เสนอผู้เข้าร่วมโครงการ 2 รายชื่อ เว้น 1 รายชื่อที่ไม่ได้รับการเสนอเข้าร่วมโครงการ

การเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

เก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งข้อมูลสถิติเป็น

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์โดยทำการคำนวณข้อมูลเชิงปริมาณ และนำเสนอข้อมูลในรูปของตาราง ร้อยละ (Percentage) คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (Standard error of Mean)หรือค่ามัธยฐาน (Median)

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistic) ใช้สถิติ Fisher's exact test และ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) ผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Multivariable regression analysis และวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

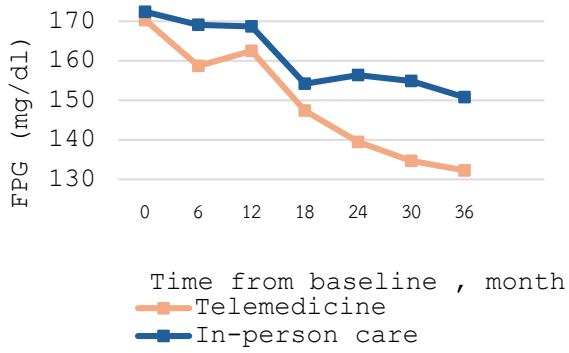
จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลพังงา เลขที่โครงการวิจัย 01/2569 วันที่รับรอง 19 กุมภาพันธ์ 2569

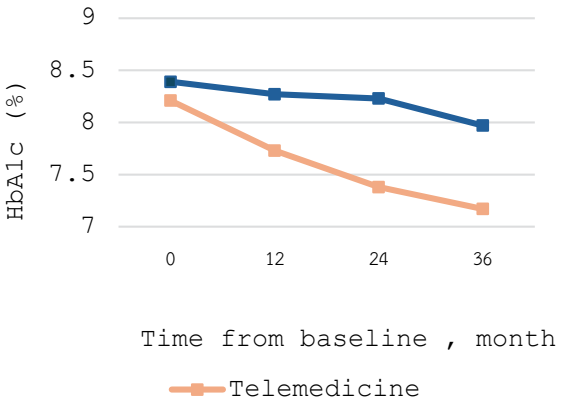
ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) จำนวน 58 คน และกลุ่มควบคุมที่รักษาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานโดยวิธีปกติ (In-person care) จำนวน 58 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มที่รักษาด้วยการแพทย์ทางไกล มีอายุเฉลี่ย 58 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มต้นเฉลี่ย 170.29 มก./ดล. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเริ่มต้นเฉลี่ยเท่ากับ 8.21% และ กลุ่มที่รักษาด้วยวิธีปกติ มีอายุเฉลี่ย 59 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มต้นเฉลี่ย 172.40 มก./ดล. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเริ่มต้นเฉลี่ยเท่ากับ 8.39% ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 (อ้วนระดับ 1)

ผลการรักษาเปรียบเทียบก่อนและหลังของกลุ่มการรักษาด้วยการแพทย์ทางไกลพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 37.91 mg/dl ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงเฉลี่ย 1.07% ความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 7.49 mmHg ความดันไดแอสโตลิคลดลงเฉลี่ย 4.18 mmHg และระดับไขมันในเลือดชนิด LDL-C ลดลงเฉลี่ย 22.10 mg/dl โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด และเปรียบเทียบกับกลุ่มรักษาด้วยวิธีปกติ ซึ่งพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 21.64 mg/dl ความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 5.10 mmHg ความดันไดแอสโตลิคลดลงเฉลี่ย 3.71 mmHg ระดับไขมันในเลือดชนิด LDL-C ลดลงเฉลี่ย 19.09 mg/dl โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงเฉลี่ย 0.42% แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (ตารางที่ 1)



กราฟที่ 1 แสดงค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย (FPG) ในแต่ละช่วงเวลา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยการแพทย์ทางไกล และกลุ่มรักษาด้วยวิธีปกติ



กราฟที่ 2 แสดงค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย (HbA1c) ในแต่ละช่วงเวลา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยการแพทย์ทางไกล และกลุ่มรักษาด้วยวิธีปกติ

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมการรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล และกลุ่มรักษาด้วยวิธีปกติ หลังติดตามที่ระยะเวลา 36 เดือน พบว่าสัดส่วนของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี (HbA1c ≤ 7.0) อยู่ที่ 42.10% ในกลุ่มศึกษา และ 28.57% ในกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยที่ได้รับบริการการแพทย์ทางไกลมีโอกาสน้อยกว่าที่จะมีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ (OR: 0.81; 95% CI: 0.45–1.46) (ตารางที่ 3)

ความพึงพอใจรวมของผู้รับบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.91) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากในด้านการลดระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ($\bar{x}$ = 4.95) และ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ($\bar{x}$ = 4.95) กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ และยินดีที่จะใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกลต่อในอนาคต ($\bar{x}$ = 4.93)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือดชนิด LDL ระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยการแพทย์ทางไกล และกลุ่มรักษาด้วยวิธีปกติ เมื่อติดตามผลเป็นเวลา 36 เดือน

ค่าเปรียบเทียบ	การแพทย์ทางไกล (n=57)					วิธีปกติ (n=56)				
	ก่อน	หลัง	Mean Difference	t	p-value	ก่อน	หลัง	Mean Difference	t	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl), : mean (SD)	170.29 (36.24)	132.38 (21.14)	-37.91	6.88	<0.001	172.40 (26.59)	150.76 (29.44)	-21.64	5.33	<0.001
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (%) : mean (SD)	8.21 (0.96)	7.13 (0.84)	-1.07	6.40	<0.001	8.39 (1.36)	7.97 (1.23)	-0.42	2.45	0.080

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือดชนิด LDL ระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยการแพทย์ทางไกล และกลุ่มรักษาด้วยวิธีปกติ เมื่อติดตามผลเป็นเวลา 36 เดือน

ค่าเปรียบเทียบ	การแพทย์ทางไกล (n=57)					วิธีปกติ (n=56)				
	ก่อน	หลัง	Mean Difference	t	p-value	ก่อน	หลัง	Mean Difference	t	p-value
ความดันโลหิต Systolic (mmHg) : mean (SD)	135.10 (20.10)	127.61 (19.00)	-7.49	4.33	<0.001	139.40 (13.16)	134.30 (19.21)	-5.10	4.84	<0.001
ความดันโลหิต Diastolic (mmHg) : mean (SD)	81.67 (12.42)	77.49 (6.91)	-4.18	3.32	0.002	79.54 (10.03)	75.83 (8.82)	-3.71	3.85	<0.001
ระดับ LDL ในเลือด (mg/dl) : mean (SD)	128.52 (29.69)	106.41 (33.19)	-22.10	4.64	<0.001	136.45 (42.38)	117.36 (30.54)	-19.09	3.05	0.003

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่คุมได้ดี (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7) ระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยการแพทย์ทางไกล และกลุ่มรักษาด้วยวิธีปกติ เมื่อติดตามผลเป็นเวลา 36 เดือน

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	กลุ่มการแพทย์ทางไกล (n=57) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มรักษาด้วยวิธีปกติ (n=56) จำนวน (ร้อยละ)
HbA1c ≤ 7.0	24 (42.10)	16 (28.57)

ตารางที่ 3 แสดง Crude และ Adjusted Odds Ratio กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้ Multiple logistic regression

การรักษา	กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้			
	Crude Odds Ratio	Adjusted Odds Ratio	95% CI	p-value
รักษาด้วยวิธีปกติ	Reference			
รักษาด้วยการแพทย์ทางไกล	0.92	0.81	0.45-1.46	0.06

ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานที่เดินทางมารับบริการการแพทย์ทางไกลที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่เกาะ ตั้งแต่ขั้นตอนการลงทะเบียน ซักประวัติ พบแพทย์ และพยาบาล เท่ากับ 42 นาที และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่ขั้นตอนการลงทะเบียน ซักประวัติ พบแพทย์ พบพยาบาลหลังตรวจ การจ่ายเงิน และ รับยา เท่ากับ 159 นาที การแพทย์ทางไกลช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมในกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เกาะ ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกล จำนวน 542.16 บาทต่อครั้ง เมื่อเทียบกับการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ประเมินความคุ้มค่าทางการเงินในการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกลที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) พื้นที่เกาะ เปรียบเทียบกับการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลพังงา โดยประเมินต้นทุนทางตรงและทางอ้อม ที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (ต้นทุนของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่พื้นที่เกาะ)

ต้นทุนของผู้ป่วยต่อครั้งที่มารับบริการ	ระบบการแพทย์ทางไกลที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (A)	การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลพังงา (B)	ต้นทุนเพิ่มขึ้น Incremental cost (A-B)
ต้นทุนทางตรงของผู้ป่วย (Direct Patient Cost)			
ค่าเดินทางเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการ ไป-กลับ (บาท)	49.40	286.20	236.80
ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วย (Indirect Patient Cost)			
ต้นทุนจากการสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของผู้ป่วยและผู้ติดตาม (บาท) (Productivity cost)	73.04	378.40	305.36
ประมาณการต้นทุนรวมของผู้ป่วย (ที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์) (บาท)	122.44	664.60	542.16

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า การรักษาด้วยการแพทย์ทางไกลและแบบปกติ สามารถลดระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการรักษาที่ระยะเวลา 36 เดือน โดยที่การรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล ช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีกว่าการรักษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tanapibunphol[16] และ Boonyanupapong[17]

กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในระดับน้อยกว่า 7.0 ได้จำนวนร้อยละ 42.10 และร้อยละ 28.57 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการวิธีการดูแลรักษา โดยอาศัยการส่งเสริมระบบสนับสนุนในการดูแลแบบเป็นทีมที่อำนวยความสะดวกในการให้บริการ และมีระบบการสื่อสาร การติดตามที่ชัดเจนจากทีมบริการปฐมภูมิสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cheng et al.[18], Laursen et al.[19] ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล สามารถปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[20,21] การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Management) และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

กลุ่มที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกล มีความพึงพอใจรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งในประเด็นการลดระยะเวลาในการเดินทางมาสถานพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่อาศัยอยู่ที่พื้นที่เกาะ ต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 70-90 นาที บริการการแพทย์ทางไกลจึงสามารถอำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วย ลดอุปสรรคในเรื่องระยะทางและระยะเวลาเดินทางมาสถานพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sim[22] Sartore et al.[23] และ Adeogun[24] การแพทย์ทางไกลยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ทั้งต้นทุนการเดินทาง และ ต้นทุนค่าเสียโอกาส สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu et al.[25] และ Wong et al.[26] นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างซึ่งอาศัยอยู่บน

พื้นที่เกาะที่ใช้วิธีรักษาปกติที่โรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาลมากกว่า 3.8 เท่า เมื่อเทียบกับการใช้การแพทย์ทางไกล และการใช้การแพทย์ทางไกลสามารถลดเวลารอคอยได้ถึงร้อยละ 73.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Alshammari[27] ที่พบว่าบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดระยะเวลาในการรอคอย และลดความแออัดในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สามารถลดระดับน้ำตาลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับ LDL ในเลือดหลังการรักษาได้ โดยที่การรักษาด้วยการแพทย์ทางไกลช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีกว่าการรักษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยเบาหวานผ่านบริการการแพทย์ทางไกลในบริการดูแลปฐมภูมิสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีเช่นกัน โดยอาศัยการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว อีกทั้งบริการแพทย์ทางไกลยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ช่วยลดอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ในการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อไปรักษาถึงโรงพยาบาลแต่ก็ยังได้รับคุณภาพด้านการบริการไม่ต่างกัน และ ลดปัญหาความแออัด ลดระยะเวลารอคอยในสถานพยาบาล การให้บริการการแพทย์ทางไกลจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาให้บริการผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิควรพิจารณานำระบบการแพทย์ทางไกลไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และขยายผลไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรพิจารณาขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้น ครอบคลุมหลายพื้นที่ และ ควรมีการศึกษาประเด็นของผู้ให้บริการการแพทย์ทางไกล (บุคลากรทางการแพทย์) ทั้งในด้านความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ต้นทุนและความคุ้มค่าในมุมมองของสถานพยาบาลและระบบงบประมาณภาครัฐ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Hosseini F, Jayedi A, Khan TA, Shab-Bidar S.(2022). Dietary carbohydrate and the risk of type 2 diabetes: an updated systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. Sci Rep. 2022;12(1):2491.

2.Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al.(2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice. 2022;183:109119.

3.Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Putwatana P.(2018). Prevalence of Diabetes and Relationship with Socioeconomic Status in the Thai Population: National Health Examination Survey, 2004-2014. J Diabetes Res. 2018;2018:1654530.

4.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานประจำปี 2567 กองโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=16681

5.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3

6.Shan PF, Li Q, Khamaisi M, Qiang GF.(2017). Type 2 Diabetes Mellitus and Macrovascular Complications. Int J Endocrinol. 2017;2017:4301461.

7.Viigimaa M, Sachinidis A, Toumpourleka M, Koutsampasopoulos K, Alliksoo S, Titma T.(2020). Macrovascular Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. Curr Vasc Pharmacol. 2020;18(2):110-116.

8.Yen FS, Wei JC, Shih YH, Hsu CC, Hwu CM.(2023). Impact of individual microvascular disease on the risks of macrovascular complications in type 2 diabetes: a nationwide population-based cohort study. Cardiovasc Diabetol. 2023;22(1):109.

9.Simon P, et al.(2019). Quality of life in diabetics with different complications: A cross-sectional study with patients visiting a hospital on an outpatient basis. Hamdan Med J. 2019;12(4):195-199.

10.Alva ML, Gray A, Mihaylova B, Leal J, Holman RR.(2015). The impact of diabetes-related complications on healthcare costs: new results from the UKPDS (UKPDS 84). Diabet Med. 2015;32(4):459-466.

11.Andersson E, Persson S, Hallén N, et al.(2020). Costs of diabetes complications: hospital-based care and absence from work for 392,200 people with type 2 diabetes and matched control participants in Sweden. Diabetologia. 2020;63(12):2582-2594.

12.Heald AH, Stedman M, Davies M, et al.(2020). Estimating life years lost to diabetes: outcomes from analysis of National Diabetes Audit and Office of National Statistics data. Cardiovasc Endocrinol Metab. 2020;9(4):183-185.

13.Butt MD, Ong SC, Rafiq A, et al.(2024). A systematic review of the economic burden of diabetes mellitus: contrasting perspectives from high and low middle-income countries. J Pharm Policy Pract. 2024;17(1):2322107.

14.American Telemedicine Association.(2025). Telehealth: Defining 21st Century Care [Internet]. [cited 2025 Dec 12]. Available from: https://www.americantelemed.org/resource/why-telemedicine/

15.World Health Organization.(2022). Consolidated telemedicine implementation guide 2022 [Internet]. [cited 2025 Dec 14]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184

16.Tanapibunphol S.(2024). The development of a self-management model for diabetes patients combined with the use of Telehealth technology for remote health monitoring at Phayakkhaphumphisai Hospital, Mahasarakham Province. Acad J Mahasarakham Prov Public Health Off. 2024;8(17).

17.Boonyanupapong J, Polpuak P, Amarangkul T, Panyam S, Nernpermpisooth N.(2025). Development of a care model integrating health behavior modification and telemedicine for glycemic control in uncontrolled type 2 diabetes mellitus. J Health Syst Res. 2025;19(2):117-146.

18.Cheng A, Guzman CEV, Duffield TC, Hofkamp H.(2021). Advancing Telemedicine Within Family Medicine's Core Values. Telemed J E Health. 2021;27(2):121-123.

19.Laursen SH, Giese IE, Udsen FW, et al.(2024). A telemonitoring intervention design for patients with poorly controlled type 2 diabetes: protocol for a feasibility study. Pilot Feasibility Stud. 2024;10(1):83.

20.Kempf K, Altpeter B, Berger J, et al.(2017). Efficacy of the Telemedical Lifestyle intervention Program TeLiPro in Advanced Stages of Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Diabetes Care. 2017;40(7):863-871.

21.Sun C, Sun L, Xi S, et al.(2019). Mobile Phone-Based Telemedicine Practice in Older Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Randomized Controlled Trial. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(1):e10664.

22.Sim R, Lee SWH.(2021). Patient Preference and Satisfaction with the Use of Telemedicine for Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes: A Review. Patient Prefer Adherence. 2021;15:283-298.

23.Sartore G, Caprino R, Ragazzi E, Lapolla A.(2023). Telemedicine and its acceptance by patients with type 2 diabetes mellitus at a single care center during the COVID-19 emergency: A cross-sectional observational study. PLoS One. 2023;18(2):e0269350.

24.Adeogun A, Faezipour M.(2025). Assessing the Impact of Telemedicine on Patient Satisfaction Before and During the COVID-19 Pandemic. Healthcare (Basel). 2025;13(17):2095.

25.Liu JKC, Kang R, Bilenkin A, et al. Patient satisfaction and cost savings analysis of the telemedicine program within a neuro-oncology department. J Neurooncol. 2022;160(2):517-525.

26.Wong V, Cohen J, Ingram A, et al. Patient-Centered Cost Saving and Positive Environmental Impact With the Introduction of Telehealth Services at a Single Center. Urology Practice. 2025;12(1):44-50.

27.Alshammari FAM. The effectiveness of telemedicine consultation and the elimination of congestion in hospitals: A systematic review. Int J Health Sci. 2021;5(S1):1284-1288.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการรักษาแบบอนุรักษ์ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์

Development of a Clinical Practice Guideline for Conservative Management of Patients with Lumbar Spondylosis at Takhli Hospital, Nakhon Sawan Province.

(Received: May 11,2026 ; Revised: May 16,2026 ; Accepted: May 18,2026)

คณิต ทองประเสริฐ[1]
Kanit Thongprasert[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการรักษาแบบอนุรักษ์ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์จากเวชระเบียนผู้ป่วย 216 ราย และข้อมูลจากบุคลากร 16 คน 2) พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับบริบทของโรงพยาบาล และ 3) ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับของร่างแนวปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์ 38 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.1 อายุเฉลี่ย 61.8 ± 10.7 ปี มีอาการปวดหลังเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 72.2 ได้รับยา NSAIDs ร้อยละ 73.1 แต่ได้รับการส่งปรึกษากายภาพบำบัดเพียงร้อยละ 39.8 และมีการบันทึกการให้ความรู้หรือคำแนะนำเพียงร้อยละ 34.3 ประเด็นปัญหาหลักคือการไม่มีแนวทางที่เป็นลายลักษณ์อักษร การประเมิน red flags ไม่เป็นระบบ และการให้ความรู้/การออกกำลังกายยังไม่ครอบคลุม แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ การประเมินเบื้องต้น การคัดกรอง red flags การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย การใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา การส่งต่อและติดตามผล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ 0.94 แบบสอบถามประเมินมีค่าความเชื่อมั่น 0.91 ผลการประเมินโดยบุคลากรพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก 4.44 ± 0.35 ด้านความเหมาะสม 4.55 ± 0.36 ด้านความเป็นไปได้ 4.31 ± 0.44 และด้านการยอมรับ 4.47 ± 0.40

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก, การรักษาแบบอนุรักษ์, โรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม, ปวดหลังส่วนล่าง, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a clinical practice guideline for conservative management of patients with lumbar spondylosis at Takhli Hospital, Nakhon Sawan Province. The study consisted of three phases: 1) situational analysis using medical records of 216 patients and qualitative data from 16 healthcare professionals; 2) development of a clinical practice guideline by integrating current evidence with the local hospital context; and 3) evaluation of the draft guideline in terms of appropriateness, feasibility, and acceptability among 38 healthcare professionals. Descriptive statistics were used for quantitative data, and content analysis was applied to qualitative data.

The results showed that most patients were female (61.1%), with a mean age of 61.8 ± 10.7 years. Chronic low back pain lasting more than three months was found in 72.2%. NSAIDs were prescribed in 73.1%, while physical therapy referral was documented in only 39.8%, and patient education or advice was documented in 34.3%. The major problems included the lack of a written clinical guideline, inconsistent red-flag assessment, and limited patient education and exercise prescription. The developed guideline consisted of six components: initial assessment, red-flag screening, patient classification, pharmacological

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์

management, non-pharmacological management, referral criteria, and follow-up. The scale-level content validity index of the guideline was 0.94, and the reliability of the evaluation questionnaire was 0.91. The overall evaluation score was high (4.44 ± 0.35), with appropriateness 4.55 ± 0.36, feasibility 4.31 ± 0.44, and acceptability 4.47 ± 0.40.

Keywords: clinical practice guideline, conservative management, lumbar spondylosis, low back pain, community hospital

บทนำ

โรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมและอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยและมีภาระโรคสูงในระดับโลก โดยรายงาน Global Burden of Disease Study 2021 ระบุว่าในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรทั่วโลกที่ได้รับผลกระทบจากอาการปวดหลังส่วนล่างประมาณ 619 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 843 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 อาการปวดหลังส่วนล่างยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความพิการ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน และค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพอย่างมาก[1] ในบริบทของประเทศไทยซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากความเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน การทำงานในท่าทางไม่เหมาะสม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการขาดการออกกำลังกาย[2]

หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันสนับสนุนว่าการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างและโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมควรให้ความสำคัญกับการรักษาแบบอนุรักษ์ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การส่งเสริมให้คงการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการส่งต่อกายภาพบำบัดตามข้อบ่งชี้[3-5] โดยการออกกำลังกายถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถช่วยลดอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้[5] อย่างไรก็ตาม การดูแลในเวชปฏิบัติจริงยังมักมีช่องว่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติจริง เช่น การใช้ยาเป็นหลัก การส่งตรวจหรือส่งต่อที่ไม่เป็นระบบ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และการบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่ไม่สม่ำเสมอ[6]

การพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ โดยอาศัยทั้งหลักฐานวิชาการ ข้อมูลสถานการณ์จริง และความเห็นของผู้ใช้งาน จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร[7,8] โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข มีระดับโรงพยาบาลเป็น M2 หรือโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย และมีจำนวนเตียงผู้ป่วยจำนวน 120 เตียง อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลตาคลียังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการรักษาแบบอนุรักษ์ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ทำให้การประเมินการรักษา การส่งต่อ และการติดตามผลอาจมีความแตกต่างกันตามผู้ให้บริการ[16]

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการรักษาแบบอนุรักษ์ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และบริบทของโรงพยาบาล และ 3) เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และการยอมรับของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลตาคลี จังหวัด

นครสวรรค์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569

การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตาคลี จำนวน 216 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก รูปแบบการรักษาแบบอนุรักษ์ และผลลัพธ์เบื้องต้น ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำและการส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 16 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากแนวปฏิบัติและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างและโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมแบบอนุรักษ์ จากนั้นยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลตาคลี และนำร่างแนวปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ระยะที่ 3 การประเมินร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และการยอมรับของร่างแนวปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 38 คน ใช้แบบสอบถามมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และด้านการยอมรับ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน 2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม 3) ร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก และ 4) แบบสอบถามประเมินร่างแนวปฏิบัติ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อไม่น้อยกว่า 0.80 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับไม่น้อยกว่า 0.90 ส่วนแบบสอบถามประเมินร่างแนวปฏิบัตินำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนประเมินระหว่างกลุ่มวิชาชีพด้วย one-way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดกลุ่มประเด็นปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHOEC-051/68 วันที่รับรอง 4 ธันวาคม 2568 และวันหมดอายุใบรับรอง 3 ธันวาคม 2569

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม จำนวน 216 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 132 ราย ร้อยละ 61.1 เพศชาย จำนวน 84 ราย ร้อยละ 38.9 อายุเฉลี่ย 61.8 ± 10.7 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 60–69 ปี จำนวน 82 ราย ร้อยละ 38.0 รองลงมาคือ 50–59 ปี จำนวน 56 ราย ร้อยละ 25.9 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน จำนวน 128 ราย ร้อยละ 59.3 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง จำนวน 92 ราย ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือเบาหวาน จำนวน 54 ราย ร้อยละ 25.0

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน จำนวน 156 ราย ร้อยละ 72.2 ระดับความปวดเฉลี่ย 6.2 ± 1.5 คะแนน มีอาการปวดร้าวลงขา จำนวน 76 ราย ร้อยละ 35.2 มีการบันทึกการตรวจระบบประสาท จำนวน 118 ราย ร้อยละ 54.6 และมีการบันทึกการประเมิน red flags จำนวน 86 ราย ร้อยละ 39.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	84	38.9
เพศหญิง	132	61.1
อายุ 50–59 ปี	56	25.9
อายุ 60–69 ปี	82	38.0
อายุ ≥70 ปี	52	24.1
น้ำหนักเกิน/อ้วน	128	59.3
ความดันโลหิตสูง	92	42.6
เบาหวาน	54	25.0
ปวดหลังเรื้อรัง >3 เดือน	156	72.2
มีอาการปวดร้าวลงขา	76	35.2
มีการบันทึกการตรวจระบบประสาท	118	54.6
มีการบันทึกการประเมิน red flags	86	39.8

2. รูปแบบการรักษาแบบอนุรักษ์ที่ผู้ป่วยได้รับ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา โดยได้รับยา NSAIDs จำนวน 158 ราย ร้อยละ 73.1 ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 124 ราย ร้อยละ 57.4 และได้รับยาแก้ปวดกลุ่มอื่น จำนวน 92 ราย ร้อยละ 42.6 ขณะที่การรักษาโดยไม่ใช้ยาพบว่าได้รับการส่งปรึกษากายภาพบำบัด จำนวน 86 ราย ร้อยละ 39.8 มีการบันทึกการให้ความรู้หรือคำแนะนำ จำนวน 74 ราย ร้อยละ 34.3 และมีการแนะนำโปรแกรมออกกำลังกาย จำนวน 42 ราย ร้อยละ 19.4 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเดิมภายใน 3 เดือน จำนวน 64 ราย ร้อยละ 29.6 และมีการส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 24 ราย ร้อยละ 11.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการรักษาแบบอนุรักษ์และผลลัพธ์เบื้องต้น

รูปแบบการรักษา/ผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับยา NSAIDs	158	73.1
ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ	124	57.4
ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มอื่น	92	42.6
ได้รับการส่งปรึกษากายภาพบำบัด	86	39.8
มีการบันทึกการให้ความรู้/คำแนะนำ	74	34.3
มีการแนะนำโปรแกรมออกกำลังกาย	42	19.4
กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน	64	29.6
ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง	24	11.1

3. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 16 คน พบประเด็นสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ทำให้ขั้นตอนการประเมิน การใช้ยา การส่งต่อ และการติดตามผล

แตกต่างกัน 2) การประเมิน red flags และอาการทางระบบประสาทยังไม่เป็นระบบเดียวกัน 3) การส่งต่อกายภาพบำบัดยังไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่ควรได้รับบริการ 4) การให้ความรู้และการส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านยังขาดรูปแบบมาตรฐาน และ 5) บุคลากรต้องการแนวปฏิบัติที่สั้น ชัดเจน ใช้ง่าย และเหมาะกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะ flow chart, checklist red flags, เกณฑ์ส่งต่อ และเอกสารคำแนะนำผู้ป่วย

4. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

จากการสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ และความคิดเห็นของบุคลากร ได้ร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) การประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง red flags 2) การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามลักษณะอาการและความรุนแรง 3) แนวทางการรักษาด้วยยาอย่างสมเหตุผล 4) แนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้ การคงการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย 5) เกณฑ์การส่งปรึกษากายภาพบำบัดและการส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง และ 6) การติดตามผล การประเมินซ้ำ และการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน

5. ผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติและเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างแนวปฏิบัติและแบบสอบถามประเมิน พบว่าร่างแนวปฏิบัติมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ 0.80–1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ 0.94 ส่วนแบบสอบถามประเมินร่างแนวปฏิบัติมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ 0.80–1.00 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ 0.95 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91

6. ผลการประเมินร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยบุคลากร

บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 38 คน ประเมินร่างแนวปฏิบัติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก 4.44 ± 0.35 โดยด้านความเหมาะสมมีคะแนนสูงที่สุด 4.55 ± 0.36 รองลงมาคือด้านการยอมรับ 4.47 ± 0.40 และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ 4.31 ± 0.44 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมจำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ พบว่าแพทย์มีคะแนนเฉลี่ย 4.48 ± 0.33 นักกายภาพบำบัด 4.50 ± 0.31 พยาบาลวิชาชีพ 4.39 ± 0.37 และกลุ่มวิชาชีพอื่น 4.42 ± 0.34 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.68$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนประเมินร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก

ด้านการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความเหมาะสม	4.55	0.36	มากที่สุด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	4.31	0.44	มาก
การยอมรับ	4.47	0.40	มาก
ภาพรวม	4.44	0.35	มาก

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมแบบอนุรักษ์ในโรงพยาบาลตาคลียังมีความหลากหลาย โดยเฉพาะการประเมิน red flags การบันทึกการตรวจระบบประสาท การส่งต่อกายภาพบำบัด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการแนะนำโปรแกรมออกกำลังกาย การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงมีความจำเป็นเพื่อใช้เป็นมาตรฐานร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบครอบคลุมตั้งแต่การประเมินเบื้องต้น การคัดกรอง red flags การรักษาด้วยยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา การส่งต่อ และการติดตามผล ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการประเมินจากบุคลากรว่ามีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และการยอมรับอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมแบบอนุรักษ์ และควรมีการประเมินผลลัพธ์หลังการนำไปใช้จริงในระยะต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอาการปวดหลังเรื้อรัง และมีโรคร่วมหลายประการ โดยมีอายุเฉลี่ย 61.8 ± 10.7 ปี และมีอาการปวดหลังเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 72.2 ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Ferreira และคณะ[1] ที่รายงานว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาสุขภาพที่มีภาระโรคสูงและเพิ่มขึ้นตามโครงสร้างประชากรสูงวัย และสอดคล้องกับศิวรักษ์ ขนอม และคณะ[2] ที่อธิบายว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกาย พฤติกรรมการใช้ท่าทางและภาวะสุขภาพโดยรวม ลักษณะดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ไม่ใช่เพียงการบรรเทาอาการเฉพาะครั้ง การประเมินผู้ป่วยยังมีความไม่สม่ำเสมอ โดยพบการบันทึกการตรวจระบบประสาทร้อยละ 54.6 และการประเมิน red flags ร้อยละ 39.8 ซึ่งถือเป็นช่องว่างสำคัญด้านคุณภาพการดูแล เนื่องจากการประเมิน red flags และระบบประสาทเป็นขั้นตอนพื้นฐานในการจำแนกผู้ป่วยที่สามารถดูแลแบบอนุรักษ์ได้จากผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อหรือวินิจฉัยเพิ่มเติม ผลนี้สอดคล้องกับ Nicol และคณะ[6] ที่เสนอว่าแนวทางการดูแล chronic low back pain ควรเริ่มจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย คัดกรองสัญญาณอันตราย และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่ออาการเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกัน George และคณะ[3] ระบุว่าการจำแนกผู้ป่วยตามลักษณะทางคลินิกเป็นขั้นตอนสำคัญในการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ดังนั้น การมีแนวปฏิบัติพร้อม checklist red flags จึงช่วยลดความแปรปรวนและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าการรักษายังเน้นการใช้ยาเป็นหลัก โดยได้รับ NSAIDs ร้อยละ 73.1 และยาคลายกล้ามเนื้อ ร้อยละ 57.4 ขณะที่การส่งปรึกษากายภาพบำบัดมีเพียงร้อยละ 39.8 การให้ความรู้หรือคำแนะนำร้อยละ 34.3 และการแนะนำโปรแกรมออกกำลังกายร้อยละ 19.4 สะท้อนช่องว่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติจริง เนื่องจากแนวทางสากลแนะนำให้การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นแกนหลักของการดูแล โดยเฉพาะการให้ความรู้ การคงการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย[3,6] Hayden และคณะ[5] รายงานว่า exercise therapy มีประโยชน์ต่อการลดอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ขณะที่ Zhou และคณะ[9] พบว่ารูปแบบการออกกำลังกายหลายรูปแบบมีประสิทธิผลต่อ chronic low back pain นอกจากนี้ ศิริสุรชัชวาลย์[10] ยังพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัลติฟิดัสช่วยลดอาการปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนให้แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลตาคลีควรกำหนดให้การให้ความรู้และโปรแกรมออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลมาตรฐาน

การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเดิมภายใน 3 เดือน ร้อยละ 29.6 อาจสะท้อนว่าการดูแลในระยะแรกยังไม่เพียงพอหรือยังขาดระบบติดตามต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม Ferraz และคณะ[11] พบว่าการฟื้นฟูแบบสหสาขาวิชาชีพตามแนวคิดชีวจิตสังคมให้ผลดีกว่าการดูแลตามปกติในผู้ป่วย chronic low back pain ในบางบริบท เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัจจัยซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และบริบทการทำงาน ดังนั้น แนวปฏิบัติจึงควรครอบคลุมการติดตามผลภายใน 4–6 สัปดาห์ การประเมินซ้ำ การทบทวนการใช้ยา การติดตามการออกกำลังกาย และเกณฑ์การส่งต่อเมื่ออาการไม่ดีขึ้น

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ การประเมินเบื้องต้นและคัดกรอง red flags การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การรักษาโดยไม่ใช้ยา เกณฑ์การส่งต่อ และการติดตามผล องค์ประกอบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างในระดับสากล[3,6] และสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ทางคลินิกที่ควรอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ[7,8] จุดเด่นของการศึกษานี้คือการพัฒนาแนวปฏิบัติจากข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียน ความเห็นของบุคลากร และหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้แนวปฏิบัติมีทั้งความถูกต้องทางวิชาการและความเหมาะสมต่อการใช้จริงในโรงพยาบาลชุมชน ผลการตรวจสอบคุณภาพพบว่าร่างแนวปฏิบัติมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ 0.94 และแบบสอบถามประเมินมีค่าความเชื่อมั่น 0.91 แสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพในระดับดีมาก สอดคล้องกับหลักการพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่ควรตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง[12] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังเป็นการพัฒนาและประเมินร่างแนวปฏิบัติโดยบุคลากร ยังไม่ได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย จึงยังไม่สามารถสรุปผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความปวด ความสามารถในการทำกิจวัตร คุณภาพชีวิต หรืออัตราการกลับมารักษาซ้ำได้โดยตรง

ผลการประเมินโดยบุคลากรพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมของร่างแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก 4.44 ± 0.35 โดยด้านความเหมาะสมมีคะแนนสูงที่สุด 4.55 ± 0.36 สะท้อนว่าบุคลากรเห็นว่าเนื้อหาแนวปฏิบัติถูกต้อง ชัดเจน และสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น แม้ยังอยู่ในระดับมาก สะท้อนความกังวลเกี่ยวกับภาระงาน เวลาบุคลากร และระบบส่งต่อ Wang และคณะ[13] รายงานว่าอุปสรรคสำคัญของการนำแนวปฏิบัติไปใช้คือข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร ความรู้ของบุคลากร และระบบสนับสนุนในองค์กร ขณะที่ Zhao และคณะ[14] ระบุว่าการนำแนวปฏิบัติ low back pain ไปใช้ให้เกิดผลต้องอาศัยกลยุทธ์หลายด้าน เช่น การอบรม การให้ข้อมูลย้อนกลับ เครื่องมือช่วยตัดสินใจ และการติดตามผลการปฏิบัติ Schröder และคณะ[15] ยังพบว่าการใช้ model of care ที่เป็นระบบช่วยเพิ่มความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย low back pain ได้

ดังนั้น การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงควรดำเนินควบคู่กับการประชุมชี้แจง การจัดทำ flow chart แบบหน้าเดียว checklist red flags เอกสารคำแนะนำผู้ป่วย ระบบส่งต่อกายภาพบำบัด และระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แนวปฏิบัติสามารถเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานจริงและช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ 1) เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงแทนโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งได้ 2) ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังอาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของการบันทึก 3) การประเมินแนวปฏิบัติเป็นมุมมองของบุคลากร ยังไม่ได้รวมมุมมองของผู้ป่วย และ 4) ยังไม่ได้ประเมินผลลัพธ์หลังนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ โรงพยาบาลควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกและงานกายภาพบำบัด จัดอบรมบุคลากร จัดทำเครื่องมือสนับสนุนการใช้งาน และประเมินตัวชี้วัดหลังใช้แนวปฏิบัติ เช่น ระดับความปวด การส่งต่อกายภาพบำบัด การให้คำแนะนำผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ส่วนการวิจัยในอนาคตควรศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความคุ้มค่าของระบบบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ ผู้บริหารโรงพยาบาลตาคลี บุคลากรหน่วยงานออร์โธปิดิกส์ งานกายภาพบำบัด งานผู้ป่วยนอก เภสัชกรรม และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ประเมินร่างแนวปฏิบัติ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ferreira ML, de Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol. 2023;5(6):e316-e329.
2. ศิวรักษ์ ขนอม, ธมภรณ์ เจริญผล, ณัฐกานต์ อุบลบาน. กายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. วารสารเวชบันทึกศิริราช. 2567;17(2):163-172.
3. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, Schneider MJ, Beneciuk JM, Lentz TA, et al. Interventions for the management of acute and chronic low back pain: revision 2021: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health from the Academy of Orthopaedic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51(11):CPG1-CPG60.
4. Apeldoorn AT, Kiers H, Ostelo R, de Vet HCW, van der Horst HE, de Schepper E, et al. Management of low back pain and lumbosacral radicular syndrome: evidence-based guideline. Eur J Phys Rehabil Med. 2024;60(3):444-486.
5. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW, Tomlinson G. Exercise therapy for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2021;9(9):CD009790.
6. Nicol V, Verdaguer C, Daste C, Bisseriex H, Lapeyre É, Lefèvre-Colau MM, et al. Chronic low back pain: a narrative review of recent international guidelines for diagnosis and conservative treatment. J Clin Med. 2023;12(4):1685.
7. Gianola S, Castellini G, Corbetta S, Peverelli A, Stucovitz E, Valsecchi MG, et al. More than one-third of clinical practice guidelines on low back pain have been re-appraised: quality confirmed in most assessments. BMC Med Res Methodol. 2022;22(1):176.
8. Moradi-Joo M, Ayyubi E, Agamohamadi M, Safari H, Khazaei A. ADAPTE: a process for adaptation of clinical practice guidelines. Health Serv Insights. 2022;15:11786329221084260.
9. Zhou H, Hush J, Sharma S, Chen S, Cheng SW, Wang C, et al. Comparison of effectiveness of different exercise therapies for chronic low back pain: a network meta-analysis. BMJ Open. 2023;13(9):e074630.
10. ศิริสุรชัชวาลย์ ศ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัลติฟิดัสต่ออาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. วารสารพยาบาล. 2566;72(4):11-20.
11. Ferraz GAE, de Vasconcelos RA, Martins BRC, de Souza JG, Costa LOP, de Almeida MO. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation versus usual care for chronic low back pain: a systematic review with meta-analysis. PLoS Med. 2023;20(12):e1004232.
12. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-497.
13. Wang W, Sun Y, Liu Y, Zhang R, Zhou C, Zhai S, et al. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines by primary healthcare providers: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2):996.
14. Zhao S, Hoffmann T, Ferreira GE, Williams CM, Lin CWC, Foster NE. Effectiveness of implementation strategies for low back pain guideline recommendations: systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2024;78:102431.
15. Schröder K, Öberg B, Enthoven P, Abbott A, Nilsen P. Improved adherence to clinical guidelines for low back pain with the BetterBack model of care: a stepped-wedge cluster randomized trial. Physiother Theory Pract. 2023;39(7):1376-1390.
16. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลตาคลี: รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข; 2569. Available from: https://hcode.moph.go.th/code/1879

ประสิทธิผลการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

Effectiveness of Guidelines for Reducing Re-sterilization of Extra Surgical Instruments in the Operating Room, Nongbualamphu Hospital.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ชัยยงค์ โพธ์ศรี[1]
Chaiyong Phosri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางที่ใช้ในการลดจำนวนการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ในห้องผ่าตัด โดยการเปรียบเทียบจำนวนรอบที่พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม ที่ต้องทำปราศจากเชื้อซ้ำ ก่อนและหลังการใช้แนวทางลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็น Interrupted time design โดยวิธีการรวบรวมข้อมูล Retro-Prospective data collection ทำการศึกษาในเครื่องมือผ่าตัดเสริม(Extra) ปราศจากเชื้อใน 6 แผนกของห้องผ่าตัดที่มีอุปกรณ์เสริม ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป สูติ-นรีเวช ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า และศัลยกรรมจักษุ เปรียบเทียบสลับช่วงเวลา ช่วงที่ 1 เก็บข้อมูลการส่งทำ re-sterile แบบเดิม จำนวน 28 รอบ ช่วงที่ 2 เก็บข้อมูลการส่งทำ re-sterile แบบใหม่ จำนวน 28 รอบ รวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2568 ถึง มกราคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์ทางการศึกษาทดสอบด้วย วิเคราะห์ด้วย Multivariable multilevel regression เพื่อปรับความแตกต่างของลักษณะเบื้องต้น

ผลการศึกษา พบว่า จำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมแยกตามแผนก มีจำนวนทั้งสิ้น 143 ชิ้น ผลลัพธ์ด้านการเปรียบเทียบด้านการทำปราศจากเชื้อซ้ำ และอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุ ใน 28 รอบ หลังวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย พบว่า แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำได้เฉลี่ย 2 รอบ (95%CI -3.58,-0.08: p=0.040) และอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุลดลงเฉลี่ย 16 รอบ (95%CI-22.28,-10.05: p<0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแนวทางเดิม และผลลัพธ์ด้านการลดค่าใช้จ่ายจากการทำปราศจากเชื้อที่ได้จากการใช้แนวทางเดิม รวมค่าใช้จ่าย 10,064.961 บาท

คำสำคัญ: ห้องผ่าตัด อุปกรณ์ผ่าตัดเสริม การทำปราศจากเชื้อ การจัดการเครื่องมือผ่าตัด
การควบคุมการติดเชื้อ,การทำปราศจากเชื้อซ้ำ

Abstract

This study was quasi experimental research aimed to evaluate the effectiveness of guidelines for reducing re-sterilization of extra surgical instruments in the operating room by comparing the number of cycles in which extra surgical instruments required re-sterilization before and after implementing the guidelines at Nongbualamphu Hospital. This an interrupted time series design with retro-prospective data collection. The study was conducted on extra surgical instruments across six surgical departments: General Surgery, Obstetrics-Gynecology, Urology, Orthopedic Surgery, Ear-Nose-Throat and Oral-Maxillofacial Surgery, and Ophthalmologic Surgery. Data were compared across two alternating time periods: Phase 1 collected re-sterilization data using the conventional method for 28 cycles, and Phase 2 collected data using the new method for 28 cycles. Data were collected from May 2025 to January 2026. Data were analyzed by Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation were used. Study

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

outcomes were analyzed using multivariable multilevel regression to adjust for baseline characteristic differences.

Results: A total of 143 extra surgical instrument sets were identified across departments. After regression analysis, the guidelines for reducing re-sterilization of extra surgical instruments reduced re-sterilization by an average of 2 cycles (95% CI: −3.58, −0.08; p = 0.040) and reduced the incidence of expired sterile extra surgical instruments by an average of 16 cycles (95% CI: −22.28, −10.05; p < 0.001), both statistically significant compared with the conventional approach. The cost savings from replacing the conventional approach amounted to 10,064.961 baht.

Keywords: Operating room, Extra surgical instruments, Sterilization, Surgical instrument management, Infection control,Re-sterilization

บทนำ

กระบวนการทำปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ผ่าตัด (Sterilization) เป็นขั้นตอนสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และคุณภาพของการบริการด้านการแพทย์ โดยเฉพาะในห้องผ่าตัดที่ต้องใช้อุปกรณ์ปลอดเชื้อในการดูแลรักษา การที่อุปกรณ์ที่ผ่านการทำลายเชื้อแล้วต้องนำกลับมาทำซ้ำอีกครั้ง (Re-sterile) ส่งผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ความสิ้นเปลืองทรัพยากร แรงงาน เวลา ต้นทุนทางการเงิน และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการปนเปื้อน ไม่พร้อมใช้งาน หากขั้นตอนการจัดการไม่เป็นไปตามที่มาตรฐานของการทำปราศจากเชื้อ(Sterilization) การ Re-sterile ซ้ำเกิดจากหลายเหตุปัจจัย เช่นการเตรียมอุปกรณ์ไม่สอดคล้องกับความต้องการใช้งานจริง การเปลี่ยนแปลงตารางการผ่าตัด หรือเปลี่ยนหัตถการ การจัดวัสดุไม่เหมาะสม หรือแม้แต่ความไม่เข้าใจในแนวทางปฏิบัติของบุคลากรในทีมผ่าตัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรืออุปกรณ์ผ่าตัด Extra ถูกจัดทำปราศจากเชื้อด้วยวิธีทางเดียว ที่มีระยะเวลาการคงความปราศจากเชื้อไม่นานพอต่อการเลือกใช้เครื่องมือ ดังนั้นการมีแนวทางที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดจำนวนอุปกรณ์ที่ต้องทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) [1]

จากสถิติโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดขนาด 303 เตียง เปิดให้บริการจริง 386 เตียง เปิดบริการผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่บริการผ่าตัด ศัลกรรม สูติ-นรีเวช ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า ศัลยกรรมจักษุ จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเฉลี่ย ปี 2565 = 10,457 ราย ปี 2566 = 12,044 ราย ปี 2567 = 13,747 ราย ปี 2568 = 14,017[2] โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ตระหนักถึงการเพิ่มขึ้นของผู้มารับบริการทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้มารับบริการผ่าตัด มาตั้งแต่ปี 2560 เริ่มตั้งแต่การขยายบริการ แต่จำนวนการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อใหม่นั้นไม่มีแนวโน้มที่ลดลงโดยจำนวนอุปกรณ์ที่ต้องทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ปี 2565 =3,169 ชิ้น เป็นเครื่องมือ Extra 1,278 ชิ้น ปี 2566 =3,382 ชิ้น เป็นเครื่องมือ Extra 1,423 ชิ้น และ ปี 2567= 4,712 ชิ้น เป็นเครื่องมือ Extra 2,062 ชิ้น[3] คิดเป็น 40.33% ,42.07% และ 43.76% ตามลำดับ ในขณะที่การบริการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการบริการผ่าตัดต้องปรับขนาดเพิ่มตาม และหากไม่มีการจัดการปัญหานี้อย่างเหมาะสม ตัวเลขการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อก็อาจจะสูงขึ้นอีกมาก ตามขนาดโรงพยาบาลและการขยายบริการตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อกลยุทธ์ด้านการบริการตามแผนและนโยบายของโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ศึกษาและงานจ่ายกลางจึงมีแนวคิดในการลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อที่หมดอายุและลดอุบัติการณ์ของเครื่องมือไม่พร้อมใช้จากการหมดอายุ

ปราศจากเชื้อ (Expire) ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู การลดจำนวนการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัด Extra จะช่วยให้หน่วยงานสามารถปรับปรุงกระบวนการทำงาน ลดภาระงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการที่ปลอดภัยยิ่งขึ้นต่อผู้ป่วย[4] จึงเป็นที่มาของการศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุกรณ์ผ่าตัด Extra ในห้องผ่าตัดและหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองบัวลำภูมาเกี่ยวข้อง ซึ่งมีโรงพยาบาลได้ทบทวนกระบวนการทำปราศจากเชื้อซ้ำ เช่น โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือปราศจากเชื้อในเครือข่าย พบว่าต้องเริ่มจากการทบทวนและกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการจัดเก็บและติดตามอุปกรณ์[5] และ โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ได้ศึกษาพัฒนาระบบการลดอัตรา Re-sterile อุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อพบว่าการติดตามและการจัดการเชิงระบบช่วยลดอัตรา Re-sterile ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

จากข้อมูล ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำในเครื่องมือผ่าตัดเสริม (Extra)ปราศจากเชื้อ 143 ชิ้น Re-sterile ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางที่ใช้ที่ใช้ในการลดจำนวนการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2.เพื่อเปรียบเทียบจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัด Extra ที่ต้องทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ก่อนและหลังการใช้แนวทางลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

วิธีการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) แบบ Interrupted time design โดยวิธีการรวบรวมข้อมูล Retro-Prospective data collection ทำการศึกษาในเครื่องมือผ่าตัดเสริม(Extra) ปราศจากเชื้อ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู สถานที่ศึกษาวิจัย ห้องผ่าตัด และหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระยะเวลาศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลการ Re-sterile เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2568 เก็บข้อมูล Re-Sterile ไปข้างหน้าตั้งแต่ พฤศจิกายน 2568 – มกราคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรที่จะศึกษา ได้แก่ เครื่องมือเสริมผ่าตัดเสริม(Extra)ปราศจากเชื้อ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เครื่องมือผ่าตัดเสริม (Extra)ปราศจากเชื้อ รวม 56 รอบ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เก็บข้อมูลการส่งทำ Re-sterile แบบเดิม จำนวน 28 รอบ ด้วยวิธีนึ่งไอน้ำ (Autoclave)

กลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลการส่งทำ Re-sterile แบบใหม่ จำนวน 28 รอบด้วยวิธีนึ่งไอน้ำ (Autoclave)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

เครื่องมือผ่าตัดเสริม (Extra) 143 ชิ้น Re-sterile

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1.เครื่องมือบริษัทที่นำมาวาง

2.ชุดเครื่องมือผ่าตัดรวม สำหรับการผ่าตัด

วิธีการจัดกลุ่ม

ก่อนการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีการวัดเครื่องมือผ่าตัดเสริม

(Extra) จำนวน 143 ชิ้น บรรจุด้วยผ้าเขียว 2 ชั้น ส่งมาทำปราศจากเชื้อด้วยวิธีนึ่งไอน้ำที่หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยมีระยะเวลาการคงความปราศจากเชื้อ 14 วัน นับจากวันที่ผ่านกระบวนการทำปราศจากเชื้อ ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ไม่เว้นวันหยุดราชการ จำนวน 28 รอบ ของการทำปราศจากเชื้อซ้ำ หัวหน้าทีมห้องผ่าตัดเป็นผู้ตรวจสอบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่จะหมดอายุ (Expire) และส่งลงมาทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ที่หน่วยจ่ายกลาง

หลังการพัฒนาการแนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีการวัดเครื่องมือผ่าตัดเสริม (Extra) จำนวน 143 ชิ้น โดยเปลี่ยนวิธีการบรรจุเครื่องมือขนาดใหญ่บรรจุด้วย Container จำนวน 3 ชิ้น มีระยะเวลาการคงความปราศจากเชื้อ 90 วัน เครื่องมือผ่าตัดเสริม 140 ชิ้น บรรจุด้วยซองซีล สองชั้น มีอายุการทำปราศจากเชื้อ 270 วัน ที่ผ่านกระบวนการทำปราศจากเชื้อด้วยวิธีนึ่งไอน้ำที่หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองบัวลำภูทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ไม่เว้นวันหยุดราชการ จำนวน 28 รอบ ของการทำปราศจากเชื้อซ้ำหัวหน้าทีมห้องผ่าตัดเป็นผู้ตรวจสอบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่จะหมดอายุ (Expire) และส่งลงมาทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ที่หน่วยจ่ายกลาง

การคำนวณขนาดการศึกษา เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ภายใต้สมมุติฐานจากการศึกษานำร่อง พบอุปกรณ์ผ่าตัดพิเศษปราศจากเชื้อ (sterilized) หมดอายุในกลุ่มแนวทางการ Re-sterilization แบบเดิม ร้อยละ 35 และคาดว่าการใช้แนวทางการ Re-sterilization ที่พัฒนาขึ้นจะลดอุปกรณ์ผ่าตัดพิเศษปราศจากเชื้อ (sterilized) หมดอายุลดลงเหลือร้อยละ 5 กำหนดการทดสอบเป็น one sided ด้วยความคาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ร้อยละ 5 และ power ร้อยละ 80 ได้จำนวนรอบของการตรวจเช็คของ sterilized เพื่อส่งRe-sterilization กลุ่มละ 28 รอบ รวม 56 รอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบรายละเอียดจำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมแยกตามแผนกที่ส่งลงมาทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ที่หน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ก่อนใช้แนวทาง 28 รอบ หลังใช้แนวทาง 28 รอบ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยแบบบันทึกข้อมูลผลการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลด้านการติดเชื้อละโรคติดเชื้อ 1 ท่าน หัวหน้างานจ่ายกลางที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและโรคติดเชื้อ 1 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านปริศัลยกรรม หลักสูตรการบริหารและการจัดการเครื่องมือผ่าตัด 1ท่าน จากนั้นดำเนินหาความตรงของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ และภาษาที่ใช้ ได้ค่าความตรง เชิงเนื้อหาของข้อมูลทั้งชุด (IOC) เท่ากับ 1 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการคัดเลือกศึกษาในเครื่องมือเสริมผ่าตัดเสริม(Extra)ปราศจากเชื้อ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบOne-sided test รวม 56 รอบ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เก็บข้อมูลการส่งทำ re-sterile แบบเดิม จำนวน 28 รอบ กลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลการส่งทำ re-sterile แบบใหม่ จำนวน 28 รอบโดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากหลักฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู บันทึกข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาตัวแปรจัดกลุ่มบรรยายด้วยความถี่ร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบปกติบรรยายด้วย ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบไม่ปกติบรรยายด้วยค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย ควอไทล์ สถิติเชิงวิเคราะห์ ตัวแปรจัดกลุ่มวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test และ t- test ตัวแปรตัวเนื่องที่กระจายแบบปกติวิเคราะห์ด้วย Independent Student's t test และตัวแปรตัวเนื่องที่กระจายแบบไม่ปกติวิเคราะห์ด้วย Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 032/2568

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-Sterile) ของอุกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมแยกตามแผนก มีจำนวนทั้งสิ้น 143 ชิ้น ผลลัพธ์ด้านการเปรียบเทียบด้านการทำปราศจากเชื้อซ้ำและอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุ ใน 28 รอบ หลังวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย พบว่า แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำได้เฉลี่ย 2 รอบ (95%CI -3.58,-0.08: p=0.040) และอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุลดลงเฉลี่ย 16 รอบ (95%CI-22.28,-10.05: p<0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแนวทางเดิม และผลลัพธ์ด้านการลดค่าใช้จ่ายจากการทำปราศจากเชื้อที่ได้จากการใช้แนวทางเดิม รวมค่าใช้จ่าย 10,064.961 บาท ได้แสดงผลตามตารางที่ 1 – 4 ดังนี้

ตารางที่ 1 รายละเอียดจำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมแยกตามแผนก

ชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมแยกตามแผนก	จำนวน (n=143)	ร้อยละ (%)
ศัลยกรรมทั่วไป	48 ชิ้น	รวม 33.56
Pair clamp	1	0.70
Right angle	10	7.00
DeBacker	2	1.40
Deaver	8	5.59
Gigi saw	5	3.49
curette	13	9.08
Self retractor	2	1.40
Extra neuro set	3	2.10
เข็ม ventriculus	2	1.40
micro	2	1.40

ตารางที่ 1 รายละเอียดจำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมแยกตามแผนก

ชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมแยกตามแผนก	จำนวน (n=143)	ร้อยละ (%)
สูติ-นรีเวช	**รวม 24 ชิ้น**	**รวม 16.78**
A-P retractor	3	2.10
Myoma screw	5	3.49
Simson	7	4.90
Center retractor	3	2.10
ต่อหมัน	1	0.70
Heaney cocker	5	3.49
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	**รวม 8 ชิ้น**	**รวม 5.59**
คีบนิ่ว	4	2.79
Sound	1	0.70
Dilate urethra	3	2.10
ศัลยกรรมกระดูก	**รวม 51 ชิ้น**	**รวม 35.67**
Ronge rues	10	7.0
Wire cutter	10	7.0
Hand drill	1	0.70
Bone cutter	2	1.40
Bone graft	2	1.40
Key external	2	1.40
คีบลวด	6	4.19
สิ่ว	4	2.79
ค้อน	8	5.59
ตะไบ	3	2.10
Leg set	3	2.10
ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า	**รวม 5 ชิ้น**	**รวม 3.50**
ชุดถอนฟัน บน/ล่าง	2	1.40
Timpani platy	2	1.40
Mastoid	1	0.70
ศัลยกรรมจักษุ	**รวม 7 ชิ้น**	**รวม 4.90**
สาย HP	2	1.40
Canaliculi set	1	0.70
DCR	2	1.40
Evisceration set	1	0.70
Intra ocular Forceps	1	0.70

จากตารางที่ 1 พบว่า แผนกที่ใช้ชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริม มีจำนวน 6 แผนก ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป สูติ-นรีเวช ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า และศัลยกรรมจักษุ ซึ่งมีจำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมแยกตามแผนก มีจำนวนทั้งสิ้น 143 ชิ้น

แผนกที่ใช้ชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมมากที่สุด ได้แก่ ศัลยกรรมกระดูก มีจำนวน 51 ชิ้น (35.67%) ศัลยกรรมทั่วไป มีจำนวน 48 ชิ้น (33.56%) สูติ-นรีเวช มีจำนวน 24 ชิ้น (16.78%)

ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะมีจำนวน 8 ชิ้น (5.59%) ศัลยกรรมจักษุ มีจำนวน 7 ชิ้น (4.90%) และ ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า มีจำนวน 5 ชิ้น (3.50%) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนรอบของการทำปราศจากเชื้อระหว่างแนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ และแนวทางเดิม แยกเป็นรายแผนก

ผลลัพธ์	แนวทางเดิม (n=28 รอบ)	แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ (n=28 รอบ)
อุปกรณ์เสริมทำปราศจากเชื้อซ้ำ		
ศัลยกรรมทั่วไป+ศัลยกรรมประสาท	6	0
สูติ-นรีเวช	0	0
ศัลยกรรมกระดูก	3	0
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	0	0
ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า	0	0
ศัลยกรรมจักษุ	2	0
จำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อ (sterilized) หมดอายุ		
ศัลยกรรมทั่วไป+ศัลยกรรมประสาท	23	0
สูติ-นรีเวช	20	0
ศัลยกรรมกระดูก	26	0
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	15	0
ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า	5	0
ศัลยกรรมจักษุ	8	0

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนรอบของการทำปราศจากเชื้อซ้ำ เมื่อสำรวจทั้งหมด 28 รอบ ระหว่างแนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ และแนวทางเดิม พบว่า แนวทางเดิมพบเฉลี่ย 1.8±2.4 รอบ ในขณะที่ไม่พบการทำปราศจากเชื้อซ้ำในกลุ่มที่ใช้แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ และเมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์จำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อ (sterilized) หมดอายุ พบว่า แนวทางเดิมพบเฉลี่ย 16.2±8.4 รอบ ในขณะที่ไม่พบการทำปราศจากเชื้อซ้ำในกลุ่มที่ใช้แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ เช่นกัน

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านการเปรียบเทียบการทำปราศจากเชื้อซ้ำ และอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุ ใน 28 รอบ หลังวิเคราะห์ด้วย Multivariable multilevel regression

ผลลัพธ์	แนวทางเดิม		แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ		effect	95%CI		p-value
	mean	±SD	mean	±SD		Upper	Lower	
การทำปราศจากเชื้อซ้ำ	1.8	±2.4	0	0	-1.8	-3.58	-0.08	0.040
อุบัติการณ์ พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อ หมดอายุ	16.2	±8.4	0	0	-16.2	-22.28	-10.05	<0.001

จากตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านการเปรียบเทียบด้านการทำปราศจากเชื้อซ้ำ และอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุ ใน 28 รอบ หลังวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุตัวแปรแบบหลายระดับ พบว่า แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ ลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำได้เฉลี่ย 2 รอบ (95%CI -3.58,-0.08: p=0.040) และอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุลดลงเฉลี่ย 16 รอบ (95%CI-22.28,-10.05: p<0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแนวทางเดิม

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านการลดค่าใช้จ่ายจากการทำปราศจากเชื้อ

ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่าย	แนวทางการทำปราศจากเชื้อแบบเดิม (ชิ้น)	แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ(ชิ้น)	ราคาการทำปราศจากเชื้อ (บาท)	ลดค่าใช้จ่าย (บาท)
อุปกรณ์เสริมทำปราศจากเชื้อซ้ำ				
ศัลยกรรมทั่วไป+ศัลยกรรมประสาท	6	0	6x18.64	111.84
สูติ-นรีเวช	0	0	0	0
ศัลยกรรมกระดูก	4	0	4x18.64	74.56
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	0	0	0	0
ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า	0	0	0	0
ศัลยกรรมจักษุ	2	0	2x18.64	37.28
จำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อ (sterilized) หมดอายุ				
ศัลยกรรมทั่วไป+ศัลยกรรมประสาท	128	0	128x18.64	2,385.92
สูติ-นรีเวช	64	0	64x18.64	1,192.96
ศัลยกรรมกระดูก	253	0	253x18.64	4,380.4
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	50	0	50x18.64	932
ศัลยกรรม หู คอ จมูก ช่องปากและใบหน้า	6	0	6x18.64	111.84
ศัลยกรรมจักษุ	26	0	26x18.64	484.64
รวม	539	0	10,064.96	10,064.96

ผลลัพธ์ด้านการลดค่าใช้จ่ายจากการทำปราศจากเชื้อที่ลดลงจากการทำปราศจากเชื้อซ้ำรวมจากทุกแผนก จากการใช้แนวทางเดิม มีจำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมทั้งสิ้น 539 ชิ้น รวมค่าใช้จ่าย 10,064.961 บาท ซึ่งหลังจากใช้แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุสามารถลดได้ทั้งหมด (ตารางที่ 4)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการการวิจัยพบว่า การใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีแนวทางใหม่ของงานจ่ายกลางและงานห้องผ่าตัด ดังนี้

งานจ่ายกลาง

1.ทุกวันจันทร์ และวันศุกร์ 11.00 น. รับเครื่องมือ Re-sterile ที่ห้องผ่าตัด(ไม่เว้นวันหยุดราชการ)

2. เวลา 11.30 น.นำเครื่องมือ Re-sterile ทำความสะอาดเบื้องต้นและนำเข้าเครื่องล้างเครื่องมืออัตโนมัติ

3. เวลา 13.00 น.เตรียมบรรจุชุดเครื่องมือก่อนทำปราศจากเชื้อ ด้วยวิธีนึ่งไอน้ำ (Autoclave) ดังนี้

3.1 อุปกรณ์ชิ้นใหญ่ห่อบรรจุด้วย Container ระยะเวลาการคงความปราศจากเชื้อ 90 วัน (3 เดือน)

3.2. บรรจุด้วยซองซีล ในกล่องเครื่องมือ Extra ขนาดเล็ก อายุการทำปราศจากเชื้อ 270 วัน (9 เดือน)

3.3 เครื่องมือแบบชุด ที่จำเป็นต้องมีหลายตัว หลายขนาดบรรจุในห่อผ้าก่อนเพื่อป้องกันการกระจายของเครื่องมือ และฉีกขาดทะลุง่าย ระยะเวลาการคงความปราศจากเชื้อ 270 วัน (9 เดือน)

3.4 บรรจุเครื่องมือแบบชิ้นเดียว หลายขนาด สามารถมองเห็นได้ชัดเจน สะดวกต่อการเลือกใช้บรรจุด้วยซองซีล 2 ชั้น เพื่อป้องกันการฉีกขาดและทะลุของเครื่องมือ ระยะเวลาการความปราศจากเชื้อ 270 วัน (9 เดือน)

4.เวลา 14.00 น.นำเครื่องมือผ่าตัดเสริม (Extra)ทำปราศจากเชื้อด้วยวิธีนึ่งไอน้ำ (Autoclave) 5.เวลา 15.00 น.นำส่งเครื่องมือผ่าตัดเสริม (Extra) หลังทำปราศจากเชื้อเรียบร้อยส่งห้องผ่าตัด หัวหน้างานจ่ายกลาง และหัวหน้างานห้องผ่าตัดติดตามประเมินผลทุกเดือน สุ่มเดือนละ 1 ครั้งตามรอบ

งานห้องผ่าตัด

1.ทุกวันจันทร์ และวันศุกร์ไม่เว้นวันหยุดราชการ หลังรับเวร (9.00 น.) หัวหน้าเวร หัวหน้าทีม ตรวจเช็คอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra)ปราศจากเชื้อก่อนหมดอายุ(Expire)

2 วัน/หมดอายุ เพื่อส่ง Re-sterile ตรวจเช็คระบบ FIFO และ FEFO

3.เวลา 10.00 น.บันทึกข้อมูลจำนวนเครื่องมือผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ (Expire) ไม่พร้อมใช้ ตรวจเช็คจำนวน และบันทึกข้อมูล รวมเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป

4.เวลา10.30 เตรียมจัดส่งเครื่องมือผ่าตัดเสริม (Extra) ที่ตรวจเช็คการหมดอายุปราศจากเชื้อ ณ จุดส่งเครื่องมือ Re-sterile ด้านหน้าห้องผ่าตัด

5.เวลา 15.00 รับเครื่องมือผ่าตัดเสริม (Extra) ปราศจากเชื้อหลังส่งทำ Re-sterile ณ จุดรับเครื่องมือปราศจากเชื้อ พร้อมทั้งจัดเก็บเครื่องมือแบบ FIFO (First In First Out) 5.จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อ (Extra) ตามตารางการผ่าตัด โดยจัดเตรียมเครื่องมือรูปแบบ FEFO (First Expire First Out) หัวหน้างานจ่ายกลาง และหัวหน้าห้องผ่าตัดติดตามข้อมูลการ Re-sterile ตามรอบ ข้อมูลความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ Re-sterile ส่งคืนข้อมูลให้ห้องผ่าตัดรับทราบและร่วมกันพัฒนาแนวทางให้เป็นระบบต่อไป

หลังจากการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เมื่อเปรียบเทียบจำนวนรอบของการทำปราศจากเชื้อซ้ำ เมื่อสำรวจทั้งหมด 28 รอบ ระหว่างแนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ และแนวทางเดิม พบว่าแนวทางเดิมพบเฉลี่ย 1.8±2.4 รอบ ในขณะที่ไม่พบการทำปราศจากเชื้อซ้ำในกลุ่มที่ใช้แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ และเมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์จำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อ (sterilized) หมดอายุ พบว่า แนวทางเดิมพบเฉลี่ย 16.2±8.4 รอบ ในขณะที่ไม่พบการทำปราศจากเชื้อซ้ำในกลุ่มที่ใช้แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ เช่นกัน ผลลัพธ์ด้านการเปรียบเทียบด้านการทำปราศจากเชื้อซ้ำ และอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุ ใน 28 รอบ หลังวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุตัวแปรแบบหลายระดับ พบว่า แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุ ลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำได้เฉลี่ย 2 รอบ (95%CI -3.58,-0.08: p=0.040) และอุบัติการณ์พบอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมที่ปราศจากเชื้อหมดอายุลดลงเฉลี่ย 16 รอบ (95%CI-22.28,-10.05: p<0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแนวทางเดิม

ผลลัพธ์ด้านการลดค่าใช้จ่ายจากการทำปราศจากเชื้อที่ลดลงจากการทำปราศจากเชื้อซ้ำรวมจากทุกแผนก จากการใช้แนวทางเดิม มีจำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดเสริมทั้งสิ้น 539 ชิ้น รวมค่าใช้จ่าย 10,064.961 บาท ซึ่งหลังจากใช้แนวทางการลดจำนวนอุปกรณ์ผ่าตัดเสริมปราศจากเชื้อหมดอายุสามารถลดได้ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักขณา สุวรรณรอด[5] พบว่าแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ได้แก่ 1) โรงพยาบาลแม่ข่ายดูแลสนับสนุนการใช้ครุภัณฑ์เครื่องนึ่งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 2) จัดระบบรับ-ส่งเครื่องมือเป็นรายวันเพื่อให้มีปริมาณงานเหมาะสม 3) โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นศูนย์กลางในการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีการอบ มีตารางรับ-ส่ง ชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อ 4)โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดระบบการขนส่งชุดเครื่องมือให้เป็นระบบปิดถูกต้องตามหลักวิชาการ จัดหาชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย และสนับสนุนอุปกรณ์ที่ขาดแคลน 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งจัดระบบตรวจสอบและสำรองเครื่องมือการแพทย์ให้หมุนเวียนเพียงพอ เมื่อประเมินความรู้และการปฏิบัติการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อก่อนการพัฒนาแนวทาง พบว่าคะแนนความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 76.60 และหลังการพัฒนา พบว่าความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.60 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.00. รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.90 หลังการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.06 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติ หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสายชล ศรีอินทร์ และคณะ[6] ในการศึกษาการพัฒนาระบบการลดอัตรา Re-sterile อุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก พบว่าแนวโน้มของอุปกรณ์ที่ต้องทำ Re-sterile ลดลงอย่างชัดเจนโดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2568 ที่ลดลงมากกว่า 90% เมื่อเทียบกับปี 2567 ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการปรับปรุงกระบวนการควบคุมการใช้และการจัดการอุปกรณ์อย่างเป็น ระบบ ส่งผลให้การสูญเสียทรัพยากรลดลงอย่างชัดเจน สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลได้ รวมสูงถึง 144,798.72 บาท เกิดฐานข้อมูลติดตามอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ต้องทำ Re-sterile ในการ จัดการอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพ และลดภาระงานของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ ในการวิจัย

สามารถนำผลการพัฒนาแนวทางการดูแลชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อเพื่อลดการ Re-Sterile ไปใช้ได้ทุกๆหน่วยงานที่มีชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อ รวมถึงขยายผล ปรับแนวทางในการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆ และควรพัฒนาระบบโปรแกรมการแจ้งเตือนชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อก่อนหมดอายุ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง **ประสิทธิผลการใช้แนวทางเพื่อลดการทำปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterile) ของอุปกรณ์ผ่าตัดเสริม (Extra) ห้องผ่าตัด** โรงพยาบาลหนองบัวลำภู สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุน เป็นอย่างดียิ่งจาก นางนาตยา มิลส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู คุณวันดี เล่าวิเศษพิพัฒน์กุล หัวหน้ากลุ่มภาระกิจด้านการพยาบาล ศูนย์วิจัยและพัฒนาคุณภาพพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู นางสาวเรืองศิริ ภานุเวศ ศูนย์วิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู นางสาว จิตรดา พิมพ์ศรี หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู คุณสุวัชรา ท้าวพา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ คุณพัชรมัย สุนันทะ หัวหน้างานจ่ายกลาง ที่ได้กรุณาให้

คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดีผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงานการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.สุวิทย์ แว่นเกตุ สมาคมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย. (2564). แนวปฏิบัติการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือแพทย์

2. งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. (2568).งานสถิติข้อมูล ประจำปีงบประมาณ 2565 – 2567 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

3. งานจ่ายกลางโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. (2567).รายงาน Unit cost ประจำปีงบประมาณ 2565-2568 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

4. สุวิทย์ แว่นเกตุ สมาคมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย. 2564).การห่ออุปกรณ์เพื่อทำให้ปราศจากเชื้อ. สืบค้น 6 กรกฎาคม 2568 https://www.cssdgotoknow.org/sterilepackaging.html#more

5. ลักขณา สุวรรณรอด. (2567).การพัฒนาแนวทางการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 (2024): หน้า 836 - 847

6. สายชล ศรีอินทร์ และคณะ. (2568).พัฒนาระบบการลดอัตรา Re-sterile อุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. สืบค้นจาก https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2568/proceeding/web/eproceeding.pdf

7. งานจ่ายกลางโรงพยาบาลหนองบัวลำภู.(2567). ระเบียบปฏิบัติงาน(System Procedure) แนวทางการดูแลชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อในหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

8. อะเคื้อ อุณหเลขกะ.(2556).หลักและแนวปฏิบัติในการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ.(พิมพ์ครั้งที่1) เชียงใหม่ โรงพิมพ์มิ่งเมือง

9. Ahmed,S.Hassan,M.(2020).Survey and case investigation on application of quality management tools and techniqes in SMIs. International journal of Quality & Reliability management

10. Bamford,D.R.&Greatbanks,R.W.(2019).The use of quality management tools and techniques: A study of application in everyday situations. International journal of Quality & Reliability management

11. Boonchaisri,P.,Lertwatthanawilat,W.& Unahalekhaka A. (2019) Reuse of single-use medical devices in secondary and tertiary hospitals.Internet and jpurnal of Evidence – based Healthcare

12. Nuchphong,C.,Wongkhomthong,S.,Wongkhomthong,J.&Sritoomma N.(2019) .The hospital financial strategy of chief financial officers in community hospitals under the Ministry of Public Healt. Boromarajonani college of Nursng, Utaradit Journal(in thai

ผลการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โรงพยาบาลสระบุรี

The Effect of Walking Training on Different Surfaces Path in Patients with Mild Head Injury(mTBI) at Saraburi Hospital.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ปฐมา สุคนธ์[1]
Pathama Sukhon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกันในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โรงพยาบาลสระบุรี เป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 70 ราย มีคะแนน Glasgow Coma Scale ระหว่าง 13–15 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย กลุ่มทดลองฝึกเดินบนพื้นหญ้าเทียม พื้นหิน และ พื้นโฟม ส่วนกลุ่มควบคุมฝึกเดินบนพื้นราบ การฝึกดำเนินการ ต่อเนื่อง 3 วัน ในระยะเฉียบพลัน ประเมินก่อนและ หลังการฝึกด้วย Modified Barthel Index (MBI), Timed Up and Go test (TUG) และ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank, Mann–Whitney U และ Chi-square

ผลการศึกษา: หลังการฝึกพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนน MBI และ MoCA เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่าง กันระหว่างกลุ่ม ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่า TUG ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยร้อยละ 68.6 ของกลุ่มทดลองมีค่า TUG ≤10 วินาที เทียบกับร้อยละ 25.7 ของกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย, การทรงตัว, การฝึกเดิน, พื้นผิวที่แตกต่าง, Timed Up and Go

Abstract

This study aimed to investigate the effects of varied-surface walking training on recovery in mTBI patients. This quasi-experimental study involved 70 mTBI patients (GCS 13–15) at Saraburi Hospital, divided into experimental and control groups (n=35 each). The experimental group practiced walking on artificial grass, pebbles, and foam, while the control group trained on flat surfaces. Training was conducted for three consecutive days during the acute phase. Assessment tools included the Modified Barthel Index (MBI), Timed Up and Go (TUG) test, and Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Data were analyzed using Wilcoxon Signed-Rank, Mann–Whitney U, and Chi-square tests.

Results: Post-intervention, both groups showed significant improvements in MBI and MoCA scores, with no significant intergroup differences. However, the experimental group demonstrated significantly superior improvement in TUG scores compared to the control group ($p < .001$). Specifically, 68.6% of the experimental group achieved a TUG score of ≤ 10 seconds, whereas only 25.7% of the control group reached this threshold.

Keywords: mild traumatic brain injury, postural balance, activities of daily living, varied-surface walking training, Timed Up and Go test

[1] งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสระบุรี 18 ถนนเทศบาล 4 ตำบลปากเพรียว อ.เมือง จ.สระบุรี 18000

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ)Traumatic Brain Injury; TBI) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากโรคมะเร็งทุกสาเหตุ ส่งผลกระทบทั้งต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ระบบบริการสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข พ .ศ.2567 ระบุว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในอันดับที่ 8 ของสาเหตุการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 1.78:1 (ชาย 95,756 ราย หญิง 53,765 ราย จำนวน 804 รายในปี 2566 เป็น 859 รายในปี 2567 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย เกิดจากแรงกระแทกที่ส่งผลต่อสมอง ทำให้แอกซอนและหลอดเลือดเล็ก ๆ ถูกทำลาย ส่งผลให้การนำส่งกระแสประสาทบกพร่อง ระบบการทรงตัว การมองเห็น และการรับความรู้สึกทางกายไม่สามารถบูรณาการได้อย่างสมบูรณ์กับระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลต่อการควบคุมสมดุลทั้งแบบคงที่และแบบไดนามิก[1]

ความบกพร่องด้านการทรงตัวถือเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การหกล้มและการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน[2] ผู้ป่วยที่มี mTBI มักมีการเดินที่ช้าลง ก้าวสั้น และมีการแกว่งตัวในแนวลำตัวมากขึ้น[3] ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการกลับไปทำงาน[4,5] แม้ว่าอาการเสียสมดุลจาก mTBI ส่วนใหญ่จะหายภายใน 1-2 สัปดาห์หลังเกิดการบาดเจ็บ แต่มีรายงานว่าผู้ป่วยร้อยละ 31 ยังคงมีอาการเสียสมดุลเกินระยะเวลาฟื้นตัวปกติ [6,7,8] การฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการฝึกเดินร่วมกับการฝึกสมดุล ซึ่งได้รับการยืนยันว่าช่วยกระตุ้นการฟื้นสภาพสมอง (Brain recovery) ผ่านการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้านการเคลื่อนไหว ส่งเสริมการวางแผน ประสานงาน การเคลื่อนที่ และควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อ[9] นอกจากนี้ การใช้พื้นผิวที่แตกต่างกัน เช่น พื้นขรุขระ พื้นนุ่ม หรือพื้นหญ้า ยังช่วยท้าทายระบบการทรงตัวและเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย[10] งานวิจัยล่าสุดที่เน้นไปในแนวทางหลักฐานวิทยาศาสตร์ในการฟื้นฟูโดยเฉพาะการฝึกเดินผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การฝึกเดินแบบใช้เครื่องพยุงน้ำหนักตัว การใช้หุ่นยนต์ช่วยเดิน(Robotic gait training)[11]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาอุปกรณ์และประเมินผล กิจกรรมการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นวิธีการ ที่เรียบง่าย ต้นทุนต่ำ แต่มีพื้นฐานมาจากหลักฐานด้านประสาทพลาสติกและการฝึกการทรงตัวเชิงรุก เพื่อประเมินผลการทรงตัวกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสติปัญญาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยโรงพยาบาลสระบุรี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โรงพยาบาลสระบุรี

วิธีการศึกษา:

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวิจัยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทชาย และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากกิจกรรม G*Power กำลังการทดสอบ 0.80 ขนาดอิทธิพล 0.95 และระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 33 ราย จึงกำหนดให้ทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนกลุ่มละ 35 ราย รวมทั้งสิ้น 70 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ระดับ Moderate Risk และ Hight Risk ที่เข้านอนรักษาและได้รับการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดตาม Care Map Traumatic Head Injuryวิธีคัดเลือกใช้แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยพิจารณาความพร้อมของพื้นที่ฝึก และทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเข้า: ได้แก่ อายุ 15–50 ปี ระดับความรู้สึกตัวเมื่อแรกรับ Glasgow Coma Scale 13–15 คะแนน Loss of conscious ≤ 30 นาที อาการคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง (คะแนน GCS ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน) และได้รับการตรวจ CT brain ตามแนวทางการดูแลมาตรฐาน

เกณฑ์การคัดออก: ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรืออาการร่วมดังนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยที่มีกระดูกส่วนของขาหักหรือได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีอาการชักที่ควบคุมไม่ได้

เครื่องมือวิจัย:

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ผลการตรวจ CT และรหัสวินิจฉัยหลัก

2) Modified Barthel Index (MBI) ฉบับภาษาไทย สำหรับประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คะแนนรวม 0–100 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.89–0.95

3) Timed Up and Go (TUG) test สำหรับประเมินการเคลื่อนไหวและการทรงตัวแบบไดนามิก โดยวัดเวลา (วินาที) ที่ใช้ในการลุกจากเก้าอี้ เดินระยะ 3 เมตร หมุนตัว เดินกลับ และนั่งลง

4) Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย version 8.3 สำหรับคัดกรองสมรรถภาพ ทางสติปัญญา คะแนนรวม 0–30 คะแนน แบ่งระดับเป็น ≤17 คะแนน (บกพร่องปานกลาง–รุนแรง) 18–25 คะแนน (บกพร่องเล็กน้อย) และ ≥26 คะแนน (ปกติ)

รายละเอียดการทดลอง

ทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลจากนักกายภาพบำบัดตามแผนการรักษามาตรฐาน ของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การฝึกการหายใจ การเคลื่อนไหวข้อต่อ การลุกนั่ง การยืน และการฝึกเดินบนพื้นราบตามศักยภาพของผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง ได้รับการฝึกเดินเพิ่มเติมบนทางเดินที่มีพื้นผิวแตกต่างกัน 3 ชนิด ได้แก่ พื้นหญ้าเทียม พื้นขรุขระ จากหิน และพื้นโฟม ต่อเนื่องกันบนทางเดินกว้าง 1 เมตร ยาว 6 เมตร ผู้ป่วยฝึกเดินไป–กลับ บนพื้นผิวทั้งสามตามลำดับ วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 3 วัน โดยมีนักกายภาพบำบัดดูแลอย่างใกล้ชิด และใช้เข็มขัดรัดเอวเพื่อป้องกันการหกล้ม

กลุ่มควบคุม ได้รับการฝึกเดินบนพื้นราบในหอผู้ป่วยตามแผนการรักษามาตรฐาน วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 3 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานจากเวชระเบียนและประเมินคะแนน MBI, TUG และ MoCA ก่อนเริ่มกิจกรรม ฝึก(วันแรก) และหลังสิ้นสุดการฝึก(วันที่สาม) ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และช่วงควอไทล์ (interquartile range; IQR) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและคะแนนการประเมิน ก่อนการวิเคราะห์ตรวจสอบการ แจกแจงข้อมูล พบว่าข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติ Non-parametric โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank test เปรียบเทียบ ก่อน–หลังการทดลองภายในกลุ่ม และ Mann–Whitney U test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม รวมทั้งใช้ Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนตัวแปรเชิงกลุ่ม

(categorical data) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ SRBR67-075 ลงวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ และลงนามในแบบแสดงความยินยอม โดยสมัครใจ

ผลการวิจัย

เสนอผลการวิจัยเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง 2) การเปรียบเทียบคะแนน MBI, TUG และ MoCA ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและ 3) การเปรียบเทียบคะแนนและระดับการจัดกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา รวมทั้งสัดส่วนของผู้ที่มีเลือดออกในสมอง จากการตรวจ CT brain พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบมัธยฐาน (IQR) ของคะแนน MBI, TUG และ MoCA ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนการทดลอง Median (IQR)	หลังการทดลอง Median (IQR)	p-value (Wilcoxon)
MBI	ทดลอง	80 (20)	100 (0)	< .001*
	ควบคุม	70 (20)	100 (15)	< .001*
TUG (วินาที)	ทดลอง	13.15 (4.15)	9.64 (2.51)	< .001*
	ควบคุม	15.63 (6.20)	13.25 (6.38)	< .001*
MoCA	ทดลอง	23 (4)	25 (4)	< .001*
	ควบคุม	21 (6)	23 (6)	< .001*

ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองคะแนน MBI และ MoCA เพิ่มขึ้น ขณะที่ค่า TUG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่ม ($p < .001$ ทุกตัวแปร) สะท้อนถึงการฟื้นตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การทรงตัว และสมรรถภาพทางสติปัญญา หลังได้รับการฟื้นฟู

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบมัธยฐาน (IQR) ของคะแนน MBI, TUG และ MoCA ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	เวลา	ทดลอง Median (IQR)	ควบคุม Median (IQR)	p-value (Mann–Whitney U)
MBI	ก่อนการทดลอง	80 (20)	70 (20)	0.293
MBI	หลังการทดลอง	100 (0)	100 (15)	0.119
TUG (วินาที)	ก่อนการทดลอง	13.15 (4.15)	15.63 (6.20)	0.015*
TUG (วินาที)	หลังการทดลอง	9.64 (2.51)	13.25 (6.38)	< .001*
MoCA	ก่อนการทดลอง	23 (4)	21 (6)	0.203
MoCA	หลังการทดลอง	25 (4)	23 (6)	0.065

เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานระหว่างกลุ่ม พบว่า คะแนน MBI และ MoCA ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในขณะที่ค่ามัธยฐานของคะแนน TUG ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = .015$) และหลังการทดลองค่ามัธยฐานของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูง($p < .001$)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนน MBI, TUG MoCA และ ตามเกณฑ์การจัดกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมิน	ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=35) n(%)	กลุ่มควบคุม(n=35) n(%)
MBI (ก่อนการทดลอง)	0 – 20 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์)	0	0
	25 – 45 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก)	1(2.9)	4(11.4)
	50 – 70 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง)	14(40)	14(40.0)
	75 – 95 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย)	19(54.3)	14(40.0)
	100 คะแนน (ช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่)	1(2.9)	3(8.6)
	Mean ± SD. (min, max)	**74.57±12.912 (min=40,max=100)**	**70.86±16.693 (min=40,max=100)**
MBI (หลักการทดลอง)	0 – 20 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์)	0	0
	25 – 45 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก)	0	0
	50 – 70 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง)	0	0
	75 – 95 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย)	7(20)	12(34.3)
	100 คะแนน (ช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่)	28(80)	23(65.7)
	Mean ± SD. (min, max)	**97.14±6.217 (min=80,max=100)**	**93.71±9.342 (min=75,max=100)**
TUG (ก่อนการทดลอง)	≥ 10 วินาที (ปกติ ทรงตัวดีมาก เสี่ยงล้มต่ำ)	1(2.9)	4(11.4)
	11 – 20 วินาที (เสี่ยงล้มปานกลาง)	33(94.3)	24(68.6)
	> 20 วินาที (มีข้อจำกัดการเคลื่อไหว เสี่ยงล้มสูง)	1(2.9)	6(17.1)
	≥ 30 วินาที (เสี่ยงมากในการเดินและทรงตัว)	0	1(2.9)
	Mean ± SD. (min, max)	**13.65±2.881 (min=9.33,max=22.42)**	**16.29±5.013 (min=8.91,max=30)**
TUG (หลักการทดลอง)	≥ 10 วินาที (ปกติ ทรงตัวดีมาก เสี่ยงล้มต่ำ)	20(57.1)	7(20)
	11 – 20 วินาที (เสี่ยงล้มปานกลาง)	15(42.9)	25(71.4)
	> 20 วินาที (มีข้อจำกัดการเคลื่อไหว เสี่ยงล้มสูง)	0	3(8.6)
	≥ 30 วินาที (เสี่ยงมากในการเดินและทรงตัว)	0	0
	Mean ± SD. (min, max)	**10.301±2.188 (min=6.06,max=17.57)**	**13.84±3.741 (min=8.37,max=20.48)**
MoCA (ก่อนการทดลอง)	< 25 คะแนน (ไม่ปกติ)	27(77.1)	27(77.1)
	≥ 25 คะแนน (ปกติ)	8(22.9)	8(22.9)
	Mean ± SD. (min, max)	**21.94±3.597 (min=11,max=27)**	**20.43±4.742 (min=6,max=27)**
MoCA (หลักการทดลอง)	< 25 คะแนน (ไม่ปกติ)	15(42.9)	23(65.7
	≥ 25 คะแนน (ปกติ)	20(57.1)	12(34.3)
	Mean ± SD. (min, max)	**23.86±4.067 (min=11,max=30)**	**22.09±4.231 (min=10,max=28)**

ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (MBI) ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองอยู่ที่ 74.57±12.912 คะแนน และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 70.86±16.693 คะแนน แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่โดดเด่นอย่างชัดเจน โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 97.14±6.217 คะแนน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ 93.71±9.342 คะแนน เมื่อพิจารณาสัดส่วนรายบุคคลพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ที่สามารถ "ช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่" (100 คะแนน) เพิ่มขึ้นจากเพียงร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 80.0 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.7

ด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหว (TUG) คะแนนเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการทดสอบก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองคือ 13.65±2.881 วินาที และกลุ่มควบคุมคือ 16.29±5.013 วินาที ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสามารถทำเวลาเฉลี่ยลดลงเหลือเพียง 10.301±2.188 วินาที ซึ่งดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้เวลาเฉลี่ย 13.84±3.741 วินาที ส่งผลให้สัดส่วนของผู้ที่มีการทรงตัวระดับ "ปกติ ทรงตัวดีมาก เสี่ยงล้มต่ำ" (≤ 10 วินาที) ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 57.1 เทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีเพียงร้อยละ 20.0

ด้านสมรรถภาพทางสมอง (MoCA) ก่อนเริ่มการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ไม่ปกติ โดยกลุ่มทดลองได้ 21.94±3.597 คะแนน และกลุ่มควบคุมได้ 20.43±4.742 คะแนน อย่างไรก็ตาม หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยขยับสูงขึ้นเป็น 23.86±4.067 คะแนน โดยมีจำนวนผู้ที่มีสมรรถภาพทางสมองระดับ "ปกติ" (≥ 25 คะแนน) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.1 (20 ราย) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับปกติเพียงร้อยละ 34.3 (12 ราย)

สรุปและอภิปรายผล

หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในทุกมิติ ทั้งในแง่ของคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นและการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ที่ผ่านเกณฑ์ปกติอย่างก้าวกระโดด

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกันร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานช่วยให้ผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมีการฟื้นตัวด้านการทรงตัวแบบไดนามิกดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับการฝึกเดินบน พื้นราบปกติ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากค่า Timed Up and Go (TUG) ที่ลดลงมากกว่าและสัดส่วนผู้ป่วยที่กลับ สู่ระดับปกติ (≤10 วินาที) ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง ขณะที่คะแนน MBI และ MoCA ดีขึ้นใน ทั้งสองกลุ่มโดยไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าพื้นผิวที่ไม่ราบเรียบและมีสิ่ง กีดขวางเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายระบบการทรงตัวอย่างมาก งานวิจัยในผู้สูงอายุไทยพบว่า ขณะเดินบนพื้นขรุขระหรือก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง ผู้สูงอายุจะลดความเร็วในการเดินเพิ่มเวลาการก้าวและลดความถี่ของก้าว เพื่อรักษาสมดุล[12] แสดงให้เห็นว่าการเดินบนพื้นผิวที่หลากหลาย ต้องอาศัยกลยุทธ์การทรงตัวที่ซับซ้อนมากขึ้น การนำพื้นหญ้าเทียม พื้นหิน และพื้นโฟม มาใช้ในการฝึกในงานวิจัยนี้ จึงน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับ กลยุทธ์การทรงตัวภายใต้การดูแลที่ปลอดภัย และส่งผลให้สมรรถภาพการทรงตัว ดีขึ้นภายในระยะเวลาอันสั้น

ในด้านสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวัน งานวิจัยนี้พบว่าคะแนน MBI ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับ พึ่งพาตนเองได้ดีมากอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นจนเกือบเต็มคะแนนหลังการฝึก จึงไม่พบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าผู้ป่วย mTBI ส่วนใหญ่ยังคงสามารถ ทำกิจวัตรพื้นฐานได้ดีและการดูแลตาม

มาตรฐานก็เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่ระดับการพึ่งพาตนเอง ที่ดีภายในระยะสั้น

สำหรับสมรรถภาพทางสติปัญญา คะแนน MoCA เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทั้งสองกลุ่มแต่ไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่ม แสดงว่าการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกันเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงด้านพุทธิปัญญาที่เด่นชัดในระยะเวลา 3 วัน เมื่อเทียบกับกิจกรรมที่ออกแบบเฉพาะ เพื่อฟื้นฟู ด้านการรู้คิด เช่น กิจกรรมฝึกการเคลื่อนไหวตาร่วมกับเสียงกำกับจังหวะ[13] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ ชี้ให้เห็นว่าการฝึกเดินบนพื้นผิวที่หลากหลาย สามารถใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมฟื้นฟูแบบผสมผสาน ร่วมกับกิจกรรมฟื้นฟูการรู้คิดเฉพาะด้านในอนาคต

เมื่อพิจารณาร่วมกับงานวิจัยในประเทศที่ศึกษาผลของอาการภายหลังสมองได้รับความกระทบกระเทือน พบว่าอาการ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และความบกพร่องด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและคุณภาพ การกลับไปทำงานของผู้ป่วย mTBI[14,15] แม้งานวิจัยนี้จะไม่ได้ประเมินตัวชี้วัดดังกล่าวโดยตรง แต่การที่สมรรถภาพ การทรงตัวดีขึ้น อย่างชัดเจนในกลุ่มทดลอง ย่อมมีศักยภาพที่จะลดความกลัวการล้ม เพิ่มความมั่นใจในการ เคลื่อนไหวและอาจส่งผลเชิงบวกต่อการกลับไปทำงาน และคุณภาพชีวิตในระยะยาว ซึ่งควรได้รับการศึกษา ติดตามต่อไป ในต่างประเทศ Shick และคณะ[16] รายงานว่าการฝึกเดินบนลู่วิ่งความเข้มข้นสูงอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถปรับปรุงความเร็วการเดิน ความทนทาน และบางด้านของสมรรถภาพทางการรู้คิด
งานวิจัยของผู้วิจัยได้ออกแบบทางเดินจำลองพื้นผิวต่าง ๆ ที่ต้นทุนต่ำและใช้เวลาฝึก 3 วันแสดงให้เห็นว่า แม้กิจกรรมจะเรียบง่าย แต่ก็สามารถให้ผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่อการทรงตัวได้ และอาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสม ในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ระยะการติดตามที่สั้นเพียง 3 วัน ขนาดตัวอย่างจำกัด อีกทั้งยังเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในโรงพยาบาลแห่งเดียวไม่สามารถสุ่มจัดกลุ่มได้ จึงอาจมีปัจจัยกวนบางประการ เช่น ความแตกต่างเล็กน้อยของค่า TUG ก่อนการทดลอง และไม่สามารถควบคุมอาการอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรือ กลุ่มอาการภายหลังสมองกระทบกระเทือน ได้อย่างละเอียด ดังนั้น การศึกษาใน อนาคตควรออกแบบการทดลองแบบสุ่มจัดกลุ่มได้มากขึ้น โดยเพิ่มพื้นที่ศึกษาไปในโรงพยาบาลอื่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ออกแบบติดตามผลระยะยาวและผสมผสานตัวชี้วัดด้านอาการคงค้าง คุณภาพชีวิต และคุณภาพ การกลับไปทำงาน เพื่อให้ได้หลักฐานที่ชัดเจนยิ่งขึ้นเกี่ยวกับประสิทธิผลของกิจกรรมนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรบรรจุการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกันเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมกายภาพบำบัดมาตรฐาน ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในระยะแรกของการรักษา เพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและลดความเสี่ยง ต่อการหกล้ม

2) ควรจัดพื้นที่หรือ “มุมฝึกเดินพื้นผิวจำลอง” ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือศัลยกรรมประสาท เพื่อใช้เป็น กิจกรรมฟื้นฟูที่ต่อเนื่องและปลอดภัย

3) บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลและนักกายภาพบำบัด ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับกลไก การกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึก และหลักการฝึกสมดุลในผู้ป่วย mTBI

ข้อเสนอแนะ

1) ควรศึกษาผลของการฝึกเดินบนพื้นผิวที่แตกต่างกันในระยะติดตามผลที่ยาวขึ้น เช่น 1–3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อประเทิน

ความคงทนของผลการฟื้นฟูและผลต่อการกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตในชุมชน

2) ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของกิจกรรมนี้กับวิธีการฟื้นฟูอื่น เช่น การฝึกเดินบนลู่วิ่ง การใช้หุ่นยนต์ช่วยเดิน หรือกิจกรรม dual-task training

3) ควรใช้เครื่องมือประเมินเชิงวัตถุประสงค์เพิ่มเติม เช่น การวิเคราะห์การเคลื่อนไหวด้วยเทคโนโลยี motion analysis หรือเครื่องวัดแรงกด เพื่อทำความเข้าใจกลไกการฟื้นตัวในระดับชีวกลศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. Fino PC, Peterka RJ, Hullar TE, Murchison C, Horak FB, Chesnutt JC.(2017). Assessment and rehabilitation of central sensory impartments for balance in mTBI using auditory biofeedback: a randomized clinical trial. BMC Neurology [internet]. 2017[cited 2024 Nov 20]; 17(14):2-14. Available form: https://link.springer.com/article/10.11 86/s12883-017-0812-7
2. Leland A, Tavakol K, Scholten J, Mathis D, Maron D, Bakhsh S.(2017). The role of dual tasking in the assessment of gait, cognition and community reintegration of veterans with mild traumatic brain injury. Master Socioned [internet]. 2017 [cited 2024 Nov 20];29(4):251-56. Available form: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5723199/
3. Dever A, Powell D, Graham L, Mason R, Das J, Marshall SJ, Vitorio R, Godfrey A, Stuart S.(2022). Gait impairment in traumatic brain injury: A systematic review. Sensors. 2022;22(4):1480. doi:10.3390/s22041480
4. นิภาวรรณ วามารถ.(2561). กิจการศึกษาติดตามอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ . 2561 .รศึกษาวารสารการพยาบาลและกา .ระดับเล็กน้อย;11(4):14-37.
5. สุภาพร แซ่ตั้น ชนิษฐา ,ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ ,นาคะ.(2566). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายหลังสมองได้รับความ วารสารวิจัยการพยาบาลการผดุงครรภ์และ .กระทบกระเทือนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และคุณภาพการกลับไปทำงาน .วิทยาศาสตร์สุขภาพ2566; (1)43:55-66.
6. Martini DM, Gera G, Brumbach BH, Campbell KR, Parrington L, Chesnutt J, King LA.(2023). Symptoms and central sensory integration in people with chornic mTB: Clinical implications. Pubmed [internet]. 2023 [cited 2024 Nov 20]; 188(11-12):3553-60. Available form: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35657326/
7.Jang SH, Choi EB, Lee YS.(2022). Incidence and characteristics of physical disabilities in patients with postconcussion syndromefollowing mTBI. Medicine [internet]. 2022 [cited 2024 Nov 20];101(26):1-5. Available form: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2022/07010/Incidence_and_characteristics_of_physical.51.aspx?context=LatestArticles
8.Mclnnes K, Friesen CL, Mackenzie DE, Westwood DA, Boe SG.(2017). Mild traumatic brain injury (mTBI) and chronic cognitive impairment: A cropping review. Plos One. [internet]. 2017 [cited 2024 Nov 20]; :3-19. Available form: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174847
9.อุราภรณ์ เชยกาญจน์ และศุภิสรา สุวรรณชาติ. .(2568) การฟื้นสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง:ผลลัพธ์ของการใช้กิจกรรมกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกระยะแรก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเตอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ วัน 20 เดือนกุมภาพันธ์ ปี 2568]; 6(3):188-201. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/182195
10.ดลยา พรหมแก้ว, ลักขณา มาทอ, ทิวาพร ทวีวรรณกิจ, ปรีดา อารยาวิชานนท์, วิไลรัตน์ แสนสุข และสุกัลยา อมตฉายา. (2560). การเดินบนพื้นผิวต่างๆ ท้าทายความสามารถของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. (2560); 30(1):39-46.

11.ภาริส วงศ์แพทย์ และสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล. หุ่นยนต์ฟื้นฟูรยางค์บ(Upper Extremity Rehabilitation Robot). ใน: วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล, ภาริส วงศ์แพทย์, วิษณุ กัมทรทิพย์. บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูระบบประสาทด้วยเทคโนโลยีก้าวหน้า (Advance Technology in Neurorehabilitation). ครั้งที่พิมพ์

12. กัณทาพันธุ์ จณิสตา, ลุคเด วีโป้, กำเนิดศิริ ธีรวัฒน์, ศิลสุภดล ปฏิมา.(2563). ผลของการเดินบนพื้นขรุขระและเดินก้าวข้ามสิ่งกีดขวางต่อตัวแปรการเดินและการทรงตัวในวัยหนุ่มสาวและผู้สูงอายุ. วารสารกายภาพบำบัด. 2563;42(3):186-97.

13. ทองสุข พิทักษ์, เทพสถิตย์ภรณ์ ศราวิน, แก้วแก่น ปรัชญา.(2565). การพัฒนากิจกรรมคอมพิวเตอร์ฝึกการเคลื่อนไหวตาแบบสมูทเพอร์สูทร่วมกับเสียงกำกับจังหวะสำหรับวัยรุ่นบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 2565;14(28):117-129.

14. แซ่ตั้น สุภาพร, กิจรุ่งโรจน์ ลัพณา, นาคะ ขนิษฐา.(2566). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายหลังสมองได้รับความกระทบกระเทือน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และคุณภาพการกลับไปทำงานของผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย. วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;43(1):55-66.

15. พลจรัส สุมาลี, หิรัญชุณหะ สุดศิริ, พลเพชร เจนเนตร.(2561). อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(3):65-78.

16. Shick T, Perkins C, Paul A, Martinez M, Joyce J, Beach K, et al.(2025). Randomized controlled trial: preliminary investigation of the impact of high-intensity treadmill gait training on recovery among persons with traumatic brain injury. Neurotrauma Rep. 2025;6(1):82-92.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of Keeta Muay Thai Exercise Program Among Individuals at Risk for Diabetes in Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

วรรณพร ดวงศิลป์[1] สุทธีพร มูลศาสตร์[2] วันเพ็ญ แก้วปาน[3]
Wannaporn Duangsil[1] Sutteeporn Moolsart[2] Wonpen Kaewpan[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อแรงจูงใจในการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อายุ 35-59 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลโดย สมุดบันทึกสุขภาพ เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด และ แบบสอบถามแรงจูงใจและพฤติกรรมการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจและพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน การออกกำลังกาย คีตะมวยไทย

Abstract

This study aimed to examine the effects of a Keeta Muay Thai exercise program on exercise motivation, exercise behavior, body mass index (BMI), and blood glucose levels among individuals at risk for diabetes mellitus. A two-group quasi-experimental design with pre- and post-test measurements was employed. The sample consisted of individuals at risk for diabetes mellitus with fasting blood glucose levels between 100–125 mg/dL, aged 35–59 years, residing in Ubon Ratchathani Province. Participants were randomly assigned into an experimental group and a comparison group. The experimental group was enrolled in Keeta Muay Data were collected by a health record booklet, blood glucose monitoring device. Both before and after the intervention, , from both groups using questionnaires on exercise motivation and behavior. Data were analyzed using descriptive statistics and independent and paired samples t-tests.

Following participation in the program, the experimental group demonstrated significantly higher exercise motivation and exercise behavior than before the intervention and significantly higher than the comparison group at the .05 level. BMI in the experimental group was lower than pre-intervention values; however, no statistically significant difference was observed between groups. Blood glucose levels in the

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รศ.ดร.อาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] รศ.ดร.อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

experimental group were significantly lower than pre-intervention values and significantly lower than those of the comparison group at the .05 level.

Keywords: Risk group, Diabetes mellitus, Exercise, Keeta Muay Thai

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก และการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 783 ล้านคนทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจ พ.ศ. 2563 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบเป็นร้อยละ 9.5 โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-44 ปี มักไม่ทราบว่าตนเองป่วย[2] ซึ่งจากรายงานความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 34.34 เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากที่สุด ร้อยละ 38.16 จะเห็นได้ว่า อัตราป่วยโรคเบาหวานภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าระดับประเทศ[3] ซึ่งสถานการณ์ในจังหวัดอุบลราชธานีสอดคล้องกับแนวโน้มดังกล่าว ในปี พ.ศ.2560-2564 พบความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 7.78, 8.16, 8.41, 8.93 และ 9.23 ตามลำดับ ปี พ.ศ.2565-2567 ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี ซึ่งพบร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 2.89, 3.90 และ 4.38 ตามลำดับ[4]

การป้องกันความเสี่ยงโรคเบาหวานถือเป็นนโยบายสุขภาพระดับโลกที่สำคัญ โดยแผนปฏิบัติราชการเขตสุขภาพที่ 10 (พ.ศ. 2566-2570) ได้กำหนดกรอบแนวทางที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการออกกำลังกายเป็นหลัก[5] เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที จนน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 6 ขึ้นไป สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 40-60[6]ดังนั้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงจึงต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผ่านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว การป้องกันโรคเบาหวานมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพทางกายให้เหมาะสม กระตุ้นให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างทักษะและการพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกาย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยนำแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self determination theory; SDT) ของเดชี่และไรอัล[7] เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่อธิบายว่าแรงจูงใจของมนุษย์นั้นมาจากความต้องการ ทางจิตวิทยาพื้นฐาน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความต้องการเป็นคนมีความสามารถ (Competence) 2) ความต้องการอิสระ (Autonomous) และ 3) ความต้องการมีความสัมพันธ์ผู้อื่น (Relatedness)[6] มาใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เนื่องจากการได้รับแรงจูงใจแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้สนใจในการออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ อีกทั้งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกตามหลักการออกกำลังกายแบบฟิทท์ (FITTE) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยเป็นการการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย 10 ท่า มาประกอบเพลงที่มีจังหวะสนุกสนาน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบไหลเวียนโลหิต เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด เพิ่มประสิทธิภาพของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกเอ็น และข้อต่อ และการทำงานของระบบประสาท

สร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้สูงขึ้น กล้าแสดงออกมากขึ้น ให้ความสนุกสนาน ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลังกาย และทำให้มีทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกาย สามารถลดน้ำหนักและเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้[8] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการออกกำลังกาย แบบคีตะมวยไทย เป็นกิจกรรมทางกายที่สามารถทำได้ง่าย เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิง ใช้อุปกรณ์และสถานที่น้อย ซึ่งเทียบเท่าความหนักของการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ทำให้หัวใจเต้นเร็วถึงอัตราเป้าหมายร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ระยะเวลาอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ใช้พลังงานประมาณ 3.5-7 กิโลแคลอรีต่อนาที หากทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 500 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ สามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลงได้ร้อยละ 46[9] สามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มผู้เสี่ยงได้ จึงทำการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นำไปใช้เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวาน แก่ประชาชนที่เป็นกลุ่มผู้เสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี และสนองนโยบายสาธารณสุขของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อแรงจูงใจในการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบ
4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี อายุ 35-59 ปี จำนวน 47,742 คน ที่ได้รับการคัดกรองโดยวิธีการเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว มีค่าระดับระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง 100-125 มิลลิกรัมต่อ

เดซิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุ 35-59 ปี มีค่าระดับระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Powerใช้ Statistical Test แบบ Means; Difference Between Two Independent Means (Two Groups) วิเคราะห์และคำนวณ Effect Size จากงานวิจัยของ นิตยา มลอยู่พะเนา [10] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานในอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย เป็นการศึกษากึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 29 คน รวม 58 คน โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 7.55 (SD = 0.81) และ 8.63 (SD = 1.52) ตามลำดับ คำนวณค่า Effect Size ได้เท่ากับ 0.95 และค่าแอลฟ่า (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (Power) ที่ .95 ได้กลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-Out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 20 เพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกด้วยวิธีแบบเจาะจง คือ อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี พิจารณาตำบลที่มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากที่สุดมาจับฉลากแบ่งเป็นพื้นที่ศึกษา โดยกลุ่มทดลองเป็นตำบลนาเยีย และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นตำบลนาดี เนื่องจากตำบลทั้งสองมีความเป็นอยู่วิถีชีวิตและวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน ซึ่งมีระยะห่างประมาณ 20 กิโลเมตร จึงป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ การสุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานทั้งหมดมาสุ่มจับฉลากด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มละ30คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) (1) มีอายุ 35-59 ปี (2) ไม่เป็นโรคเป็นโรคเบาหวาน (3) เป็นผู้ที่ไม่อยู่ระหว่างการลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมอาหาร ใช้ยาหรือสารเคมี (4) สามารถพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ (5) มีโทรศัพท์มือถือชนิดในระบบปฏิบัติการ IOS, Android (6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) (1) ตั้งครรภ์หรือเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบจะถูกนำมาจับคู่ (Match Pair) กับกลุ่มทดลอง โดยตัวแปรอายุไม่แตกต่างกันเกิน 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โปรแกรมประกอบด้วยชุดเครื่องมือย่อย ดังนี้ แผนการสอน วีดีทัศน์ ชุดสไลด์นำเสนอ และคู่มือการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามในโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในจังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนา มาจากแนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self

Determination Theory) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ การพัฒนาสมรรถนะ จำนวน 10 ข้อ การส่งเสริมความมีอิสระ จำนวน 10 ข้อ การสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scatel) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[11]

3) ส่วนที่ 3 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[11]

4) ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[11]

5) ส่วนที่ 5 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับน้ำตาลในเลือด

2.2 เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

2.3 เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้รับการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 มีดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 1 และดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย (S-CV) เท่ากับ 1 **การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) ในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนของ การแรงจูงใจในการออกกำลังกาย พฤติกรรมการการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99

การเก็บรวมรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะ มวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานครั้งที่1 ที่ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ใช้ระยะเวลา 6 ชั่วโมง กิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้ (1)ชี้แจงวัตถุประสงค์ การประเมินภาวะสุขภาพ และบันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพพร้อมแจกคู่มือการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย ชุดอุปกรณ์ประมวลผลอัตราการเต้นของหัวใจ (นาฬิกาอัจฉริยะ) คนละ 1 เครื่อง (2)การบรรยายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (3)กิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างสัมพันธภาพโดยมี อสม.ประจำกลุ่มที่จะติดตามกระตุ้นเตือน วิเคราะห์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การตัดสินใจในการเลือกวิธีการออกกำลังกายตามความถนัด โดยใช้แผนภูมิก้างปลา การตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อวางแผนการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกายและการลดระดับน้ำตาลในเลือด และร่วมวางแผนการตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายร่วมกันและต่อเนื่องที่บ้าน (4)ตรวจสอบความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย (5)สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการออกกำลังกายแบบแบบคีตะมวยไทย ตามหลักของ ฟิทท์ (FITTE) โดยออกกำลังกายความถี่ 5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 50 นาที และวิธีออกกำลังกาย 3 ขั้นตอนคือ อบอุ่นร่างกายใช้เวลา 10 นาที ออกกำลังกายใช้เวลา 30 นาที ช่วงผ่อนคลายใช้เวลา 10 นาที ความหนักระดับปานกลาง หรือขณะออกกำลังกายรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดได้จนจบประโยค และอัตราการเต้น

ของหัวใจสูงสุดร้อยละ 50-70 (6)สอนวิธีการใช้นาฬิกาอัจฉริยะ และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพเพื่อจดบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่5 กิจกรรมประเมินผลระหว่างทดลองติดตามความก้าวหน้าโดยจัด อบรมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปประเมินผลการวิจัย ประกอบด้วย ประเมินสุขภาพด้วยตนเองชั่งน้ำหนัก วัดระดับน้ำตาลในเลือด จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิเคราะห์พฤติกรรมการออกกำลังกายของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ กิจกรรมการสานสัมพันธ์สร้างพลังกลุ่มสนับสนุนให้มีการทำกิจกรรมให้ต่อเนื่องที่ลานออกกำลังกาย ตอบแบบสอบถามมอบใบเกียรติบัตรให้และร่วมแสดงความยินดีที่กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และปิดโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 1-8 กิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันที่ลานออกกำลังกายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย ทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ และออกกำลังกายที่บ้าน ทุกวันอังคารและพฤหัสบดี และบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจจากนาฬิกาอัจฉริยะ

กลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 ในวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยในช่วงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึง 6 มกราคม พ.ศ. 2569 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับ การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2569 กลุ่ม เปรียบเทียบได้ทำกิจกรรมตอบแบบสอบถาม และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรตามระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Normality Test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-06.027 วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) เพศ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.70 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 83.30 2) อายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 50.33 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุเฉลี่ย 49.80 ปี โดยทั้งสองกลุ่มมีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี 3) สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.70 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 4) รายได้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยประมาณ13,266.67 บาทต่อเดือน ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 11,200 บาทต่อเดือน 5) การศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00 และ 6) อาชีพ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.70

2) ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อแรงจูงใจในการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า แรงจูงใจ

ในการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านสมรรถนะ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยด้านความเป็นอิสระ ค่าเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านสมรรถนะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยด้านความเป็นอิสระ ค่าเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการออกกำลังกายโดยรวม เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

3) ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วม โปรแกรมพบว่า พฤติกรรมในการออกกำลังกายอยู่ระดับมากที่สุด ซึ่งดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

4) ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงจาก 27.24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็น 26.80 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ซึ่งลดลงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

5) ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด 114.90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือด 106.66 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อแรงจูงใจในการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการออกกำลังกายในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสมรรถนะ ด้านความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์ในกลุ่ม ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สร้างมาจากกรอบแนวคิดการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self Determination) ของ Deci & Ryun[7] โดยมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจภายในภายใต้ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาความต้องการขั้นพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ สมรรถนะ ความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ในกลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ดังนี้

(1) สมรรถนะ ใช้วิธีส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีสรรถนะในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ได้แก่ กิจกรรมนันทนา กิจกรรมให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตรวจเช็คความพร้อมและประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในสมุดบันทึกสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการออกกำลังกายที่ผ่านมา สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยประกอบเพลงผ่านสื่อวิดิทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการการตัดสินใจด้วยตนเองของ Deci & Ryan[7] ที่ระบุว่า สมรรถนะ (Competence) หมายถึง ความรู้ ความสามารถทักษะ ต้องใช้กลวิธีในการกระตุ้นทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ และการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพื่อให้มีความเชื่อมั่น และความมั่นใจตามความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษา พงศา โพชัย, สรณัติ์ ลลิควงศา และชนาธินาถ ทองมาท[12] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ความรู้ และทัศคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณภาภรณ์ จงกลางและคณะ[13] พบว่า ทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดา ผลศิริ และคณะ[14] พบว่าการอบรมให้ความรู้ โดยการจัดอบรม แจกเอกสารแผ่นพับ สื่อการสอนและนำเสนอตัวอย่างบุคคลต้นแบบ โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ อีกทั้งมีการเสริมพลังโดยการการให้รางวัล ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ มีพฤติกรรมดีขึ้นและผลของระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

(2) ความเป็นอิสระ ใช้วิธีการส่งเสริมความเป็นอิสระ โดยดำเนินกิจกรรมจัดให้แสดงความคิดเห็นมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการออกกำลังกายตามความสนใจที่ และเปิดโอกาสให้เลือกการเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่ม สนับสนุนทางเลือกในการออกกำลังกาย ออกแบบและวางแผนด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยซึ่งเป็นเอกลักษณ์ประจำชาติไทยและเป็นกิจกรรมที่นำศิลปะแม่ไม้มวยไทยมาผสมผสานกับการเต้นแอโรบิก ตามจังหวะเพลงที่สนุกสนาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการตัดสินใจด้วยตนเอง Deci & Ryan[7] ที่ระบุว่า ความเป็นอิสระ (Autonomous) หมายถึง กระบวนการการตัดสินใจที่จะกระทำ การได้ปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในสิ่งที่ตนเองมีการตัดสินใจหรือกำหนดตนเองในการเลือกปฏิบัติตามความต้องการของตนเองเพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางแผนไว้โดยไม่ได้ถูกกำหนดหรือถูกบังคับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะรัตน์ ระดาฤทธิ์[15] พบว่าทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเอง ความรู้ความเข้าใจ และทักษะการ สื่อสารสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา มลอยู่พะเนา[10] พบว่าการส่งเสริมความเป็นอิสระ โดยการให้กลุ่มทดลองมีอิสระในการตัดสินใจการออกกำลังกายด้วยการรำผีตาโขนร่วมกันในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีแรงจูงใจและพฤติกรรมในการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(3) ความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยวิธีการสร้างเครือข่าย สนับสนุนการสร้างพลังกลุ่มเพื่อบรรลุผลลัพธ์ โดยการออกกำลังกายร่วมกัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ และออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านอีก 2 ครั้งต่อสัปดาห์

ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี โดยใช้สื่อวีดีทัศน์คีตะมวยไทย 10 ท่า ของกรมอนามัย ซึ่งมีความสนุกสนานและความเพลิดเพลิน มีบรรยากาศที่เอื้อต่อการออกกำลังกายในกลุ่มเพื่อน การสื่อสารสร้างความเป็นมิตร และความคุ้นเคย ติดตามให้กำลังใจ การสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่ม และการเข้าร่วมการออกกำลังกาย สนับสนุนการมีส่วนร่วมและร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการออกกำลังกายทั้งของตนเองและกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสินใจด้วยตนเอง ของ Deci & Ryan[7] ที่ระบุว่า ความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Relatedness) หมายถึง การสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และเพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยอิสระตามความสนใจ การวางแผนจัดการเวลา การแบ่งปันประสบการณ์ การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการออกกำลังกายในกลุ่มเพื่อเปิดพื้นที่ในการพูดคุยสื่อสารและสร้างความเป็นมิตร ทุกคนที่อยู่ในกลุ่มร่วมแบ่งปันวิธีการออกกำลังกายของตนเอง แล้วให้ตัวแทนกลุ่มเป็นผู้นำเสนอ มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างพลังบวก ได้แก่ กิจกรรมสวัสดี บอกเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จับมือให้กำลังใจกัน นัดหมายออกกำลังกายร่วมกัน การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการออกกำลังกายในกลุ่ม เปิดพื้นที่ให้มีการพูดคุยสื่อสารและสร้างความเป็นมิตรและความคุ้นเคย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏอนงค์ แฝงพงษ์ และคณะ[16] พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ด้านสถานที่และด้านเวลา การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิคม แก้วน้ำอ่าง[17] พบว่า การได้รับคำแนะนำและการได้รับข้อมูล ข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน

2. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายในภาพรวม ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย ใช้หลักการออกกำลังกายแบบ FITTE (Frequency, Intensity, Time, Type, Enjoyment)[18] ซึ่งประกอบด้วย ความถี่ของการออกกำลังกาย ความหนัก ระยะเวลา ประเภท และความ สนุกสนาน ในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น ได้แก่ การให้ความรู้และสอนสาธิตการฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย ออกกำลังกาย 150 นาที ต่อสัปดาห์ ที่มีความหนักระดับปานกลาง ครั้งละ 50 นาที มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการออกกำลังกาย และการบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจโดยใช้นาฬิกาอัจฉริยะในการประเมินและควบคุมกำหนดค่าเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 50-70 พร้อมทั้งลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพของตัวเอง และมีการนัดหมายทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันออกกำลังกายที่ลานออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์ และออกกำลังกายที่บ้าน 2 วันต่อสัปดาห์ มีการสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง และมีความสนุกสนาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ แสงศรี และคณะ[19] โดยการให้ความรู้ การสร้างการรับรู้พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ

เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา เชาว์ไวย และคณะ[20] ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนด้านการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งเพชร แก้วสิงห์[21] ดำเนินการสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา มลอยู่พะเนา[10] ได้ดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการรำผีตาโขนร่วมกันในชุมชน โดยนาฬิกาอัจฉริยะใช้ประเมินชีพจรขณะออกกำลังกาย ระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นโดยรวมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจากระดับปานกลางเป็นมากที่สุด ผู้วิจัยได้สร้างความมั่นใจในการออกกำลังกายโดยการใช้นาฬิกาอัจฉริยะ ในการตรวจสอบอัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย ช่วยควบคุมกำกับในการประเมินการออกกำลังกายให้มีระดับความหนักในระดับปานกลาง และมีการติดตามกระตุ้นเตือนให้กำลังใจจากแกนนำ อสม. ทำให้มีแรงจูงใจและมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น มีการวางแผนการออกกำลังกายไว้ล่วงหน้าจากระดับน้อยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายครบทั้ง 3 ขั้นตอน เพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุด ส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักของ ฟิทท์ FITTE

2.3 ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในภาพรวมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เป็นไปตามสมมติฐาน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงในภาพรวมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อย ในการศึกษาครั้งนี้การออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผสมผสานระหว่างการนำศิลปะท่าแม่ไม้มวยไทยมาผสมผสานกับการเต้นแอโรบิก ตามหลักการของ FITTE (Frequency, Intensity, Time, Type, Enjoyment; FITTE) มีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน 3 วัน และออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน 2 วัน ความหนักระดับปานกลาง ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย 50 นาทีต่อวัน ประกอบด้วย ระยะอบอุ่นร่างกาย 10 นาที ระยะออกกำลังกาย 30 นาที ระยะผ่อนคลาย 10 นาที กำหนดอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ควบคุมกำกับติดตาม

การวัดอัตราการเต้นของหัวใจจากการใช้นาฬิกาอัจฉริยะ พบว่า มีค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย ได้เท่ากับร้อยละ 64 มีค่าเฉลี่ยเผาผลาญพลังงาน 230 กิโลแคลอรี่ จากการวิเคราะห์อาจเนื่องมาจากระดับความหนัก (Intensity) โดยการใช้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในอัตราร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด อาจเกิดจากการขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องในระหว่างช่วงของการออกกำลังกายที่บ้าน ซึ่งอาจทำให้ระดับความหนัก (Intensity) ไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดสูงสุดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญซึ่งพลังงานทั้งหมดจากไกลโคเจนและไขมันในร่างกาย ส่งผลให้น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย และระยะเวลาการออกกำลังกาย 8 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ค่าดัชนีมวลกายลดลง ซึ่งการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย เป็นแบบคาร์ดิโอ (Cardio Exercise) ซึ่งเป็นหนึ่งในการออกกำลังกาย ที่ช่วยในการเผาผลาญแคลอรี่เพื่อการลดน้ำหนักและดัชนีมวลกายได้ดี โดยอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (Target Heart Rate Zone) ระดับความหนักที่ 60-80% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อนาที เป็นการออกกำลังกายระดับปานกลาง ซึ่งระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณมวลเนื้อเยื่อที่จะทำให้น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง เนื่องจากน้ำหนักตัวประกอบด้วย ส่วนที่เป็นน้ำร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว และอีกประมาณร้อยละ 40 เป็นส่วนของมวลเนื้อเยื่อต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยไขมัน กล้ามเนื้อแคลเซียมหรือกระดูก และอวัยวะต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงของปริมาณมวลเนื้อเยื่อจะทำให้น้ำหนักตัว เปลี่ยนแปลงเป็นสัปดาห์หรือนานกว่านั้น มวลไขมันและกล้ามเนื้อ ซึ่งภาวะปกติจะมีปริมาณคงที่ เนื่องจากร่างกายมีการรักษาสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับจากอาหาร กับการเผาผลาญพลังงานและการสูญเสียพลังงานออกจากร่างกายเพื่อให้น้ำหนักตัวคงที่[22] ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองไม่มีการควบคุมอาหาร และในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึง มกราคม ซึ่งเป็นช่วงงานบุญประเพณีออกพรรษา งานบุญกฐินของหมู่บ้านและเทศกาลปีใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราวรรณ จันทร์เพชร[23] โดยการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. กิจกรรมออกกำลังกาย โดยการเต้นแอโรบิก สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที และ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 มีค่าเฉลี่ยรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ตามลำดับ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด[24] สร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกานแบบคีตะมวยไทย เป็นเวลา 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้า โปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ลดลงไม่มาก เฉลี่ยลดลงเพียง 0.44 กิโลกรัม ซึ่งยังถือว่ายังไม่มากพอ จากการวิเคราะห์รายคน พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปกติ จำนวน 4 คน หลังการทดลอง พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอีก 1 คน และยังพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง มีค่าดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับอ้วนระดับ 2 จำนวน 3 คน หลังการทดลอง พบว่า มีจำนวนลดลงอีก 1 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีค่าดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 จำนวน 22 คน หลังการทดลอง พบว่า มีจำนวน

เพิ่มขึ้นอีก 1 คน รวมเป็น 23 คน ทั้งนี้อาจมาจากเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองไม่มีการควบคุมอาหาร และระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ การออกกำลังกายที่ไม่ได้ตามสัดส่วน หรือความหนักของการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงงานบุญประเพณีออกพรรษา งานบุญกฐิน และเทศกาลปีใหม่ ทำให้รับประทานอาหารมากขึ้น ไม่มีการออกกำลังกาย มีผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเมื่อเปรียบกับกลุ่มทดลงจึงมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

2.4 ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยต่อระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในภาพรวม ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน 3 วัน และการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน 2 วัน ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย 50 นาที ประกอบด้วย ระยะอบอุ่นร่างกาย 10 นาที ระยะออกกำลังกาย 30 นาที ระยะผ่อนคลาย 10 นาที กำหนดความหนักระดับปานกลาง กำหนดให้อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด และมีกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน หลักการออกกำลังกายและฝึกทักษะด้านการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย การกำกับติดตามการออกกำลังกายและอัตราการเต้นของหัวใจด้วยนาฬิกาอัจฉริยะ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองในสมุดบันทึกการออกกำลังกาย ส่งให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จากการเผาผลาญพลังงานในเซลล์ของร่างกาย สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและหัวใจ ทำให้เพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน ส่งผลให้อินซูลินทำงานได้ดีขึ้น ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากกระบวนการเผาผลาญพลังงานกล้ามเนื้อถูกกระตุ้นให้มีการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้นในขณะที่อินซูลินในร่างกายมีปริมาณเท่าเดิม การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายใช้อินซูลินมากขึ้นจึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งการออกกำลังกายที่หนักเพียงพอและต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ซึ่งกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายต่อเนื่อง สม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 5 วัน ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสได้มากขึ้น เนื่องจากตัวรับอินซูลิน (GULT4) ไวต่อกลูโคสเหล่านี้จะทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น นอกจากนี้การมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนที่ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นร่วมกับหลอดเลือดฝอยขยายตัวระหว่างที่ออกกำลังกายจะทำให้อินซูลินส่งไปสลายที่กล้ามเนื้อมากขึ้นเช่นเดียวกัน แม้ว่าระดับของอินซูลินในกระแสเลือดจะต่ำก็ตาม เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนเป็นพลังงาน และยังทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น ในขณะที่อินซูลินในร่างกายมีปริมาณเท่าเดิมแต่การออกกำลังกายทำให้ร่างกายใช้อินซูลินมากขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมิท, คริบปา, วัดตุ๊ก และเบริก (Smith, Crippa, Woodcock & Brage)[25] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายและสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการออกกำลังกาย 150 นาที ระดับความหนักปานกลางจะสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 26 แต่ถ้าเพิ่มการออกกำลังกายความหนักเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 36 สอดคล้องกับการศึกษาของจิแอคคาและคณะ (Giacca et al., 1998)[26] ได้ศึกษาเรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ประเภทออกแรงปานกลาง

กับปฏิกิริยาของระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 21 คน โดยให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายแบบแอโรบิก ชนิดปานกลางแล้ววัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับอินซูลินในเลือด 45 นาทีที่ออกกำลังกายและ 160 นาทีหลังการออกกำลังกาย พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับอินซูลินในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชนน ผุยนวล[27] ในการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุคต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยผลต่างเส้นรอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมัน และความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดรุณี วรนาม และคณะ[28] การกำกับตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา มลอยู่พะเนา[10] ได้ดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการรำผีตาโขนร่วมกันในชุมชน โดยนาฬิกาอัจฉริยะใช้ประเมินชีพจรขณะออกกำลังกาย มีระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สามารถสร้างแรงจูงใจและพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น ส่งผลให้ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในโรคเรื้อรังอื่นๆในพื้นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ และควรเพิ่มระยะเวลาวิจัย (มากกว่า 8 สัปดาห์) และผสานการควบคุมอาหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการลดดัชนีมวลกาย

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10 th ed. Brussels, Belgium: IDF, 2023.
2. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานดัชนีสถานะสุขภาพ: อัตราป่วยและความชุกของโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (โรคเบาหวาน) ปีงบประมาณ 2560-2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/ubn/public/
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. ยุทธศาสตร์ ปี 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://healthregion10.moph.go.th/health-strategy/
6.Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346(6):393-403.

7. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory. In: Van Lange PAM, Kruglanski AW, Higgins ET, editors. Handbook of theories of social psychology. London: Sage; 2012. p. 416–36.
8. กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. ชวนมาออกกำลังกาย สุขภาพดี ด้วย #คีตะมวยไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/keta/
9. Division of Physical Activity & Health, Department of Health, Ministry of Public health. (2013). Exercised Prescription. Bangkok: Printing Agricultural Cooperative Federation of Thailand. [In Thai]
10.นิตยา มลอยู่พะเนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานในอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เลย: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2565 (2022).
11. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol, 1932:140:1-55.18. Best JW, Kahn JM. Research in education, 9th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2003
12. พงศา โพชัย, สรณัติ์ ลลิควงศา, ชนาธินาถ ทองมาท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง. วารสารวิจัยและวิชาการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2567;9(1):119-29.
13. วรรณภาภรณ์ จงกลาง, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(3):71-82.
14. ชลดา ผลศิริ, ปราณี นามประดิษฐ์, ชัชวาล โภโค, ประภัสสร เจริญนาม, พงษ์เสฐียร เหลืองอลงกต. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงชุมชนเขาพูลทอง ม.11 ต.ปะตง อ.สอยดาว จ.จันทบุรี. วารสารนวัตกรรมการจัดการศึกษาและการวิจัย. 2567;6(1):16-30.
15. ปิยะรัตน์ ระดาฤทธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลเหล่าทอง อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2567 (2024). รายงานการวิจัย.
16. นาฎอนงค์ แฝงพงษ์, และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนตำบลขามใหญ่. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2560 (2017). รายงานการวิจัย.
17. นิคม แก้วน้ำอ่าง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์. ใน: รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2566. พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก กรมอนามัย; 2566. หน้า 45-52.
18. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
19. อารีย์ แสงศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. วารสารพยาบาล. 2564;70(4):1-10.
20. สุพัตรา เชาว์ไวย, วิราพร สืบสุนทร, กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร, นงพิมล นิมิตรอานันท์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2567;30(1):123-36.
21. กิ่งเพชร แก้วสิงห์. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562 (2019).
22. ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์, สุทิน ศรีอัษฎาพร. ตำราโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559 (2016).
23. พัชราวรรณ จันทร์เพชร, เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ, ฉัตรลดา ดีพร้อม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;27(1):52-62.

24. อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด, สุภาพร แนวบุตร, ยุวยงค์ จันทรวิจิตร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยคีตะมวยไทยต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสมรรถภาพทางกาย ของบุคคลวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารการพยาบาล การผดุงครรภ์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;40(2):35-44.
25. Smith AD, Crippa A, Woodcock J, Brage S. Physical activity and incident type 2 diabetes mellitus: a systematic review and dose–response meta-analysis of prospective cohort studies. Diabetologia. 2016;59(12):2527-45.
26. Giacca A, Groenewoud Y, Tsui E, McClean P, Zinman B. Glucose production, utilization, and cycling in response to moderate exercise in obese subjects with NIDDM. Diabetes. 1998;47(11):1763-70.
27. ณัฐชนน ผุยนวล, นิสากร กรุงไกรเพชร, สมสมัย รัตนกรีฑากุล. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุคต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(3):42-53.
28. ดรุณี วรนาม, และคณะ. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: โรงพยาบาลบางละมุง; 2564 (2021). รายงานการวิจัย.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - July 2026

Part III

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 634
บุญนิสา ภูมิศรี

ประสิทธิผลในการรักษา ภาวะเหงื่อออกมากที่รักแร้ ด้วยไมโครโฟกัสอัลตราซาวด์ 648
รัตภูมิ แก่นศักดิ์ศิริ

การทดสอบโปรแกรมการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ความมั่นใจและทักษะของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดกำแพงเพชร 656
ตุลนาฒ ทวนธง ,ธัญญา พลับพลาทอง

การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และญาติสายตรง ในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ 664
ปาลิกา หุ่นไทย

การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร 675
สัญชาติ พลมีศักดิ์ ,นริศรา อารีรักษ์ ,ถนอม นามวงศ์

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา 689
สรณ บุญลักษณ์

การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือในการเพิ่มการมาตามนัดและความสม่ำเสมอ ในการรักษาด้วย ART ในผู้ป่วยใช้สารเสพติดร่วมกับติดเชื้อ HIV ขาดนัด ณ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลสังคม 699
นวพร ค้าข้าว

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ 707
ดรุณี ไตรยางค์

การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาประสะไพล ในการรักษาอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิในสตรีโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี 721
สมชาย ชินวานิชย์เจริญ ,รสมาลิน อินตายวง ,สมปราชญ์ ชินวานิชย์เจริญ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome ในผู้ป่วย HIV ที่ได้รับยา Tenofovir Disoproxil Fumarate โรงพยาบาลพะเยา: การศึกษาเชิงสังเกตแบบติดตามย้อนหลัง 730
ไกรรัตน์ คำดี

การวิจัยกลยุทธ์การป้องกันสมองเฉพาะบุคคลในการผ่าตัดซ่อมแซมสร้างส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้วยเทคนิคเจาะช่องเปิดแบบสามแขนง 739
Peiyong Hou ,พิมพร ทองเมือง ,สาริศักดิ์ สุนทรชัย ,Xiaoqiang Qiu

ปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อชนิดโรลออน ที่วางจำหน่ายในประเทศไทย 746
อังคณา ยืนชีพ ,ปองศิริ คุณงาม

การบูรณาการระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ: กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชน 753
นิตินันท์ พงษ์สรอย

ปัจจัยเชิงบูรณาการที่ส่งผลความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 763
ศรัญญ่า เหล็กกาณกูล

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะ Hypoglycemia ที่เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 777
นงค์นุช บุณยมณี ,วาสนา บุณยมณี

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ 786
กุลชาติ วัฒนวงศ์ เวฬุวนารักษ์ ,อารี บุตรสอน ,พุทธิไกร ประมวล

พัฒนาชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Barthel Activities of Daily Living :ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ 796
กุลธิรัตน์ ใสสีสูบ ,วาสนา บุณยมณี ,สุพิศ กุลชัย ,นภารินทร์ นวลไธสง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช 805
กรีชฎา ทองวิจิตร

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 3

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การวิเคราะห์ ความแตกต่างลักษณะทางเพศย้อนหลัง ในทางคลินิกและการพยากรณ์โรคของภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี ตามการจำแนกของสแตนฟอร์ด 816
เคอ จาง ,พิมพร ทองเมือง ,สาริศักดิ์ สุนทรชัย ,กวงชิว ฉิน

ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ 825
ธีรภพ เอื้อเจริญทรัพย์ ,ชาญเดช แสงงาม ,อจลา ประชาญสิทธิ์ ,นันทวรรณ จินากุล

การสำรวจปริมาณสารอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนชนิดผงชงดื่มจากพืชที่วางจำหน่ายในประเทศไทย 834
ศวิตา จิตรโอวาท

คุณค่าการพยากรณ์ของดัชนีไตรกลีเซอไรด์–กลูโคสและอัตราส่วนไตรกลีเซอไรด์ต่อไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูงต่อ โรคตับคั่งไขมันที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการเผาผลาญที่คงอยู่ในผู้ใหญ่ชาวไทย..... 839
สุรศักดิ์ ศศะภูริ ,ภาวิต หน่อไชย

ผลของโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ 847
สุพิศ กุลชัย ,กุลธิรัตน์ ใสสีสูบ ,วาสนา บุณยมณี ,นภารินทร์ นวลไธสง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในชุมชนพหุวัฒนธรรม ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน 857
พรศรี งามรวี ,ศิวาพร มหาทำนุโชค ,อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน 865
ชุลีภรณ์ ปักกาเวสา ,พิมลดา ลัดดางาม ,ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์ ,สุปิยา วิริไฟ ,ธนัทอร พรมลี ,วิศรุต ศรีสว่าง

การศึกษาการรับรู้และผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของประชากรวัยทำงานใน เขตกรุงเทพมหานคร 877
รังสิมา ศฤงคารนฤมิตร ,มาศ ไม้ประเสริฐ

ปัจจัยทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ 887
อัจฉรี สมยา ,อารีจิต นฤมิตกริ่มกมล

การตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนของตะกั่วและแคดเมียมในผงชิงออร์แกนิกสำเร็จรูปที่จำหน่ายในตลาดออนไลน์ ประเทศไทย 898
ญาณิศา ตันสกุล ,เอกราช บำรุงพืชน์

การวิเคราะห์ปริมาณสารปรอทในแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 907
ชัญญานุช ศรีพิพัฒน์ ,ภาวิต หน่อไชย

การประเมินความถูกต้องของฉลากโภชนาการและคุณภาพโปรตีนในผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนสำเร็จรูปชนิดผงที่มีจำหน่ายใน ประเทศไทย 920
ปิติ ศิริสุทธานันท์

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 42 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อ การส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอด ประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio การก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน การให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Development of a Participatory Model for Elderly Health Screening of Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province.

(Received: May 13,2026 ; Revised: May 19,2026 ; Accepted: May 22,2026)

บุญนิสา ภูมิศรี[1]
Boonnisa Phoomsri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยใช้แนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) บูรณาการกับแนวคิด Design Thinking เพื่อสร้างรูปแบบ SMART-S Model การดำเนินการประกอบด้วย 4 ระยะ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 65 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ SMART-S Model สามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง 9 ด้านจาก 58.12% เป็น 86.73% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คุณภาพการคัดกรองดีขึ้นจาก 72.4 เป็น 88.3 คะแนน และอัตราการตรวจพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 41.7% เป็น 67.8% นอกจากนี้ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.26$, $S.D. = 0.44$)

คำสำคัญ: การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, SMART-S Model, Design Thinking

Abstract

This research aimed to develop a community-based elderly health screening model in Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province, using Participatory Action Research (PAR) integrated with Design Thinking. The SMART-S Model was developed through four phases. A total of 65 participants, including elderly individuals, village health volunteers (VHVs), community leaders, and healthcare professionals, were selected using purposive sampling. Data were collected through questionnaires, in-depth interviews, and participatory workshops, and analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed a significant increase in the comprehensive health screening rate from 58.12% to 86.73% ($p < .05$). Screening quality improved from 72.4 to 88.3 points, and the positive screening rate rose from 41.7% to 67.8%. Community participation was rated at the highest level ($M = 4.26$, $S.D. = 0.44$)

Keywords: Elderly health screening, community participation, participatory action research, SMART-S Model, Design Thinking

บทนำ

สังคมสูงวัยเป็นความท้าทายสำคัญที่ประเทศไทยกำลังเผชิญในศตวรรษที่ 21 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.97 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมากกว่าประชากรเด็กเกือบ 3 เท่า[1] สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นในระดับพื้นที่เช่นกัน โดยอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่ม

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงแนวโน้มการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้ ประชากรผู้สูงอายุไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความท้าทายนี้เรียกร้องให้ระบบบริการสุขภาพต้องปรับตัวเพื่อรองรับความต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ ในระดับนโยบาย ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ผ่านแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันและการคัดกรองสุขภาพอย่างครอบคลุม[1] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุม 9 ด้าน ครอบคลุมทั้งด้านความคิดความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การขับถ่าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก[2] นอกจากนี้ ยังมีการขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเน้นการดูแลในชุมชนผ่านกลไกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและทีมหมอครอบครัว[1]

อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ยังพบช่องว่างที่สำคัญ โดยอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร มีผู้สูงอายุทั้งหมด 20,128 คน กระจายอยู่ใน 14 ตำบล มีตำบลที่มีการคัดกรองผู้สูงอายุมากที่สุดคือตำบลคอนสวรรค์ (3,421 คน) รองลงมาคือตำบลธาตุ (2,226 คน) และตำบลหนองสนม (2,025 คน) ตามลำดับ จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน (ด้านสุขภาพฟัน สายตา การได้ยิน การเคลื่อนไหว ภาวะสมองเสื่อม การกลั้นปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้า โภชนาการ และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) พบว่ามีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองครบทั้ง 9 ด้าน จำนวน 16,653 คน คิดเป็นร้อยละ 82.74 ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือร้อยละ 90 โดยมีเพียง 7 ตำบลที่มีผลการคัดกรองสูงกว่าร้อยละ 90 ได้แก่ ตำบลขัวก่าย (94.53%) ตำบลเดื่อศรีคันไชย (93.75%) ตำบลนาคำ (91.72%) ตำบลหนองแวงใต้ (91.17%) ตำบลคูสะคาม (91.63%) และตำบลกุดเรือคำ (90.57%) ขณะที่ตำบลหนองสนมมีอัตราการคัดกรองต่ำที่สุด (58.12%)[3] ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการขาดบุคลากรที่เพียงพอ ความยากลำบากในการเข้าถึงพื้นที่ รวมถึงปัญหาจากการถ่ายโอนหน่วยบริการไปสังกัดกระทรวงมหาดไทยและการโยกย้ายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เพื่อให้การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Aging) ขององค์การอนามัยโลกเน้นความสำคัญของการรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ที่จำเป็นต่อความเป็นอยู่ที่ดีในผู้สูงอายุ[4] ขณะที่ทฤษฎีความเปราะบางในผู้สูงอายุ (Frailty Theory)[5] สนับสนุนความสำคัญของการตรวจพบภาวะเปราะบางตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ด้านกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ของ Kemmis และ McTaggart[6] ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างในองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่บูรณาการแนวคิด Design Thinking ของ Brown[7] ซึ่งเน้นการออกแบบโดยยึดผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง เข้ากับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรและการเข้าถึงเทคโนโลยี งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักเน้นการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองเฉพาะด้าน หรือการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมคัดกรอง แต่ยังขาดการพัฒนารูปแบบที่ครอบคลุมและบูรณาการทั้งระบบ โดยเฉพาะการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างชุมชน

และหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในตำบลกล้วยกว้าง อำเภอห้วยทับทัน ดำเนินตามกระบวนการสี่ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนเชิงปฏิบัติการด้วยการวิเคราะห์บริบท SWOT และประชุมเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล หลังการดำเนินงานภาคีเครือข่ายเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่หลากหลายและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างยั่งยืน[8] และการศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาวะผู้สูงอายุ 14 รายการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” พบว่า[9]ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ปกติในการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 57.0), การเดิน–ทรงตัว (ร้อยละ 67.4), การมองเห็น (ร้อยละ 68.6) และสิ่งแวดล้อมปลอดภัยในบ้าน (ร้อยละ 94.2) ขณะที่การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นด้วย MMSE อยู่ในเกณฑ์ปกติถึงร้อยละ 97.7 แต่การประเมินสมรรถภาพสมองระยะต้นด้วย MoCA พบภาวะบกพร่องร้อยละ 59.3 และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดย TGDS ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 93.0 นอกจากนี้ยังพบภาวะอ้วน–น้ำหนักเกินรวมกันร้อยละ 67.4 และเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการร้อยละ 20.9 ผู้สูงอายุให้คะแนนความพึงพอใจต่อกิจกรรมสูงเฉลี่ย 9.8/10 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามผลการคัดกรอง และมีแนวโน้มพร้อมเผยแพร่ความรู้ต่อในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ผ่านการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับแนวคิด Design Thinking เพื่อพัฒนารูปแบบ SMART-S Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน หลักการบริหารจัดการสมัยใหม่ และเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดย SMART-S ย่อมาจาก Strengthening role of AorSorMor (การเสริมสร้างบทบาทของ อสม.)โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Rappaport[10] ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้, Motivation & Monitoring (การสร้างแรงจูงใจและการติดตาม) ของ Ryan และ Deci[11] ที่กล่าวถึงปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, Alignment with RPH & community plan (การบูรณาการกับแผนสุขภาพท้องถิ่น) เชื่อมโยงกับแนวคิดการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy Development) ของ Fischer[12], Responsive tools & tech (เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ตอบสนองความต้องการ) เชื่อมโยงกับแนวคิด User-Centered Design ของ Norman[13] ที่เน้นการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้, Team-based care (การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ) เชื่อมโยงกับแนวคิดการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional Care) ของ WHO[14] ที่เน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และ Shared ownership and feedback (การมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของและการให้ข้อมูลป้อนกลับ) เชื่อมโยงกับแนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital) ของ Putnam[15] ที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโครงการพัฒนาชุมชน รูปแบบดังกล่าวมุ่งตอบสนองต่อข้อจำกัดของระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันที่ขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชนและไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ด้านการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอวานรนิวาส

2. เพื่อพัฒนารูปแบบ SMART-S Model สำหรับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ SMART-S Model ในด้านอัตราการคัดกรอง คุณภาพของการคัดกรอง ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และความยั่งยืนของระบบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[6] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต 4) การสะท้อนผล ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย โดยประยุกต์ร่วมกับแนวคิด Design Thinking ตามแนวคิดของ Brown[7] เพื่อการพัฒนานวัตกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะหลัก ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน 2) การออกแบบและพัฒนารูปแบบ SMART-S Model 3) การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ 4) การประเมินผลและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย ประกอบด้วย

- ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่ในอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 20,128 คน

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,651 คน

- ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในเขตพื้นที่วิจัย จำนวน 186 คน

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และโรงพยาบาลวานรนิวาส ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จำนวน 19 คน

รวมทั้งสิ้น 22,986 คน

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1) กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้ 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงหรือมีความบกพร่องทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่วิจัย 2) มีประสบการณ์ในการทำงานเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีประสบการณ์ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้นำที่มีบทบาทในการพัฒนาชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานชมรมผู้สูงอายุ 2) มีประสบการณ์ในการทำงานพัฒนาชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือการคัดกรองสุขภาพไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยแบ่งตามวัตถุประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

สำหรับการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วม การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart[6] ที่เน้นการคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Key stakeholders) ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 15 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

สำหรับการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ SMART-S Model ซึ่งเป็นการวัดผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (Pre-post design) โดยเปรียบเทียบตัวแปรตามที่สำคัญ คือ อัตราการคัดกรองและคุณภาพการคัดกรอง การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1[16] กำหนดค่าพารามิเตอร์ดังนี้ Effect size (d) = 0.5 (ขนาดอิทธิพลระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen)[17] α error probability = 0.05 (ระดับนัยสำคัญทางสถิติ) Power (1-β) = 0.80 (อำนาจการทดสอบ)Tail = Two (การทดสอบแบบสองทาง) จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 27 คน และเมื่อเพิ่มอัตราการสูญหายของข้อมูล (Drop out) 10% จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 30 คน ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่ร่วมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[6]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ลึกซึ้ง และมีความน่าเชื่อถือ โดยแบ่งเป็นเครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในชุมชน และประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2: ประสบการณ์เกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ บทบาทหน้าที่ และความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง

ส่วนที่ 3: การรับรู้ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด

2) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ SMART-S Model เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale)[18] แต่ละข้อมีการให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามระดับการมีส่วนร่วมที่กำหนดไว้ใช้สำหรับประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ SMART-S Model ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) ดังนี้

3) แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ SMART-S Model เป็นเครื่องมือที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้านหลัก ได้แก่ อัตราการคัดกรอง (Coverage rate) ที่บันทึกจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดและร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองครบทั้ง 9 ด้าน คุณภาพของการคัดกรอง (Quality of screening) ที่ประเมินความถูกต้องและความครบถ้วน อัตราการตรวจพบความเสี่ยง (Positive screening rate) ที่เปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานและคาดหวังให้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และการนำผลไปใช้ประโยชน์ (Utilization of screening results) ที่ติดตามการส่งต่อและการให้บริการที่เหมาะสม โดยแต่ละด้านใช้เกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ คือ ดีมาก (≥90%) ดี (80-89.99%) ปานกลาง (70-79.99%) พอใช้ (60-69.99%) และต้องปรับปรุง (<60%)

4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ SMART-S Model เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตาม Likert [18] ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบ SMART-S Model ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนารูปแบบ เนื้อหาและองค์ประกอบของรูปแบบ ความสะดวกในการใช้งาน ประโยชน์ที่ได้รับจากรูปแบบ และความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) และมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale)

5) แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ SMART-S Model ใช้กรอบแนวคิด Arnstein's Ladder of Participation[19] ในการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ SMART-S Model แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ การวางแผนและตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการติดตามและประเมินผล โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ตาม Likert [18]และมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale)

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือหลัก 3 ประเภทในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก คือ สถานการณ์การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค ความต้องการและความคาดหวัง แนวทางการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม และปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยปรับให้เหมาะสมกับบทบาทของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

2) แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้บันทึกการสังเกตกระบวนการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการทำงานของทีม ครอบคลุมสภาพแวดล้อม กระบวนการคัดกรอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คัดกรองและผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบ วิธีการจัดการปัญหา และการนำผลไปใช้ประโยชน์

3) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เก็บข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์และประเด็นการประชุม ข้อมูลผู้เข้าร่วม ประเด็นสำคัญที่อภิปราย ข้อสรุปและมติ ข้อเสนอแนะ และข้อสังเกตของผู้บันทึก

เครื่องมือมาตรฐานสำหรับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิจัยใช้เครื่องมือมาตรฐานตามแนวทางกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1) แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน (BGS) เป็นแบบคัดกรองมาตรฐานของกรมอนามัย

[20]ครอบคลุม 9 ด้าน ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การขับถ่าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก

2) แบบทดสอบสภาพสมอง (AMT) พัฒนาโดย Hodkinson[21] เป็นแบบทดสอบ 10 ข้อ คัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยคะแนน 0-4 บ่งชี้ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง คะแนน 5-7 บ่งชี้ปานกลาง และคะแนน 8-10 บ่งชี้เล็กน้อยหรือปกติ

3) แบบประเมิน Barthel ADL Index พัฒนาโดย Mahoney & Barthel[22] ประเมินความสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรม คะแนนเต็ม 20 โดยแบ่งเป็น ช่วยเหลือตนเองได้ดี (12-20 คะแนน) ได้บ้าง (5-11 คะแนน) และไม่ได้เลย (0-4 คะแนน)

4) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าไทย (TGDS) ดัดแปลงจาก Yesavage[23] โดย Wongpakaran et al.[24] เป็นแบบคัดกรอง 30 ข้อ สำหรับผู้สูงอายุไทย โดยคะแนน 0-12 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 เล็กน้อย 19-24 ปานกลาง และ 25-30 รุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามหลักวิชาการ โดย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขชุมชน 1 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (IOC) ที่เกณฑ์ ≥ 0.80 ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.83-1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดำเนินการโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในเขตอำเภออากาศอำนวย โดยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า α = 0.92 และแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมมีค่า α = 0.89 ซึ่งทั้งคู่มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ $\alpha \geq 0.80$ และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกได้รับการปรับปรุงความชัดเจนของคำถาม ลำดับการถาม และความเหมาะสมของภาษาจากการทดลองสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 รหัสโครงการวิจัยที่ 062/2568

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามวงจรของ Kemmis & McTaggart [6] แบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ ประกอบด้วยการเตรียมการและสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัย รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิและสำรวจสถานการณ์การคัดกรองปัจจุบัน จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค Problem Tree Analysis และคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2568

ระยะที่ 2: การออกแบบและพัฒนารูปแบบ SMART-S Model ดำเนินการวางแผนและออกแบบรูปแบบโดยใช้กระบวนการ Design Thinking พัฒนาองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน (S-Strengthening AorSorMor, M-Motivation & Monitoring, A-Alignment, R-Responsive

tools, T-Team-based care, S-Shared ownership) พัฒนาเครื่องมือและสื่อสนับสนุน ตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และเตรียมความพร้อมการใช้งาน ดำเนินการระหว่าง เดือน กันยายน ถึง ตุลาคม 2568

ระยะที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบ SMART-S Model ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ตามแนวทางกรมอนามัยโดยทีมคัดกรองที่ผ่านการอบรม จัดบริการตามผลการคัดกรองและส่งต่อผู้เสี่ยงไปโรงพยาบาลวานรนิวาส กำกับติดตามโดยการประชุมทีมเป็นประจำและระบบพี่เลี้ยง และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569

ระยะที่ 4: การประเมินผลและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จัดเวทีสะท้อนผลและถอดบทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปรับปรุงรูปแบบตามผลการประเมิน พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการขยายผลระดับอำเภอ และเผยแพร่ผลการวิจัยผ่านการประชุมวิชาการและวารสารทางวิชาการ ดำเนินการระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2569

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลและวัตถุประสงค์การวิจัย

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่และร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนตัวแปรเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับประสิทธิผล และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยทำนายความสำเร็จ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้โปรแกรม ATLAS.ti Version 9.0 โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ การเตรียมข้อมูลโดยถอดเทปแบบคำต่อคำ การทำความคุ้นเคยกับข้อมูลโดยอ่านซ้ำ การให้รหัสข้อมูลโดยแยกเป็นหน่วยความหมาย การสร้างประเด็นย่อยและประเด็นหลัก การนิยามและตั้งชื่อประเด็น และการเขียนรายงานผลการวิเคราะห์โดยยกตัวอย่างข้อมูลดิบสนับสนุน

ผลการศึกษา

1) สถานการณ์การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของอำเภอวานรนิวาส ในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมด 20,128 คน ได้รับการคัดกรองสุขภาพครบทั้ง 9 ด้าน จำนวน 16,653 คน คิดเป็นร้อยละ 82.74 ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อยละ 90 โดยตำบลหนองสนมซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องมีอัตราการคัดกรองต่ำที่สุด (ร้อยละ 58.12) การคัดกรองรายด้านพบว่า ด้านการมองเห็นมีอัตราสูงสุด (ร้อยละ 89.4) ขณะที่ด้านความคิดความจำมีอัตราต่ำสุด (ร้อยละ 61.8) คุณภาพการคัดกรองมีคะแนนเฉลี่ย 72.4±8.9 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบปัญหาหลัก 5 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาด้านบุคลากร (ความไม่แน่ใจในการคัดกรองของ อสม. และการโยกย้ายเจ้าหน้าที่บ่อย) ปัญหาด้านเครื่องมือและระบบงาน (แบบคัดกรองซ้ำซ้อนและการบันทึกข้อมูลแบบกระดาษ) ปัญหาด้านการประสานงาน การมีส่วน

ร่วมของชุมชน และการติดตามและประเมินผล ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เครื่องมือที่กระชับและใช้งานผ่านโทรศัพท์มือถือได้ การสร้างแรงจูงใจการมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานเป็นทีม และระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน

2) การพัฒนารูปแบบ SMART-S Model

กระบวนการพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วมการพัฒนา SMART-S Model ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ร่วมกับแนวคิด Design Thinking โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: Empathize (การเอาใจเข้าใจ) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ "เข้าใจปัญหาและความต้องการร่วมกัน" มีผู้เข้าร่วม 32 คน พบ Pain Points หลัก 8 ประการ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุขาดความเข้าใจ 2) กระบวนการคัดกรองใช้เวลานาน 3) แบบคัดกรองซับซ้อน 4) อสม.ขาดความมั่นใจ 5) การประสานงานไม่ราบรื่น 6) ขาดการติดตามผล 7) ไม่มีระบบสร้างแรงจูงใจ และ 8) ชุมชนขาดการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2: Define (การกำหนดปัญหา) จัดประชุม "กำหนดปัญหาหลักและโอกาสในการพัฒนา" โดยระบุปัญหาหลัก: "ระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน มีกระบวนการที่ซับซ้อน ไม่ต่อเนื่อง และไม่สร้างแรงจูงใจให้ผู้เกี่ยวข้อง"

ขั้นตอนที่ 3: Ideate (การสร้างแนวคิด) จัดประชุม "ระดมสมองแนวทางการแก้ไขปัญหา" ใช้เทคนิค Brainstorming และ Brainwriting ได้แนวคิด 127 ข้อ และคัดเลือกแนวคิดหลัก 6 ประการได้แก่ 1) การเสริมสร้างบทบาทและศักยภาพของ อสม. 2) การสร้างระบบแรงจูงใจและการติดตาม 3) การบูรณาการงานคัดกรองกับแผนพัฒนาท้องถิ่น 4) การพัฒนาเครื่องมือที่ตอบสนองความต้องการจริง 5) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ 6) การสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันและการให้ข้อมูลป้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 4: Prototype (การสร้างต้นแบบ) จัดประชุม "ออกแบบต้นแบบรูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ" ใช้เทคนิค Storyboard และ Service Blueprint โดยแบ่ง 5 กลุ่มย่อยออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบ SMART-S Model ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบ SMART-S Model

SMART-S Model	กิจกรรม
S - Strengthening role of AorSorMor (การเสริมสร้างบทบาทของ อสม.)	หลักสูตรฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 16 ชั่วโมง คู่มือการคัดกรองแบบกระชับ และระบบพี่เลี้ยง
M - Motivation & Monitoring (การสร้างแรงจูงใจและการติดตาม)	ระบบ "แต้มสะสมสุขภาพ" สำหรับผู้สูงอายุ การให้รางวัล อสม. ดีเด่น และตารางติดตามประจำเดือน
A - Alignment with RPH & community plan (การบูรณาการกับแผนสุขภาพท้องถิ่น)	การบูรณาการแผนงานและงบประมาณกับองค์การบริหารส่วนตำบล และการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จร่วมกัน
R - Responsive tools & tech (เครื่องมือที่ตอบสนองความต้องการ)	แบบคัดกรองแบบกระชับ แอปพลิเคชัน "SMART Care" บันทึกข้อมูล และระบบแจ้งเตือน
T - Team-based care (การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ)	ทีมคัดกรองประกอบด้วย อสม. 2 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน และการประชุมทีมประจำเดือน และระบบ "Buddy อสม."
S - Shared ownership and feedback (การมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับ)	เวทีประชุมชุมชนรายไตรมาส กล่องรับข้อเสนอแนะ และกลุ่มไลน์แลกเปลี่ยนข้อมูล

ขั้นตอนที่ 5: Test (การทดสอบ) นำต้นแบบไปทดสอบกับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 20 คน ผลการประเมินพบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งจากผู้เชี่ยวชาญ (ความเหมาะสม M = 4.12, S.D. = 0.34; ความเป็นไปได้ M = 4.08, S.D. = 0.41) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ความเหมาะสม M = 4.18, S.D. = 0.52; ความเป็นไปได้ M = 4.15, S.D. = 0.48)

3) ประสิทธิผลของรูปแบบ SMART-S Model

การเปรียบเทียบอัตราการคัดกรองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลหนองสนม พบว่าหลังจากการใช้รูปแบบ SMART-S Model เป็นเวลา 3 เดือน อัตราการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง 9 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอัตราการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง 9 ด้านเพิ่มขึ้นจาก 58.12% เป็น 86.73% เพิ่มขึ้น 28.61% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยด้านที่มีการปรับปรุงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านความคิดความจำ (+27.5%) ด้านภาวะซึมเศร้า (+23.5%) และด้านการขับถ่าย (+18.4%)

การประเมินคุณภาพการคัดกรองโดยรวม ผลการประเมินคุณภาพการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์การประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา การติดตาม และการรายงานผล คุณภาพของการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 72.4 ± 8.9 คะแนน เป็น 88.3 ± 6.2 คะแนน เพิ่มขึ้น 15.9 คะแนน ($p < 0.001$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับดีขึ้นจากระดับปานกลาง

การเปรียบเทียบอัตราการตรวจพบความเสี่ยงรายด้าน ผลการวิเคราะห์อัตราการตรวจพบความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้สูงอายุแต่ละด้าน พบว่าหลังการใช้รูปแบบ SMART-S Model มีการตรวจพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยอัตราการตรวจพบความเสี่ยงโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 41.7% เป็น 67.8% เพิ่มขึ้น 26.1% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยด้านที่มีการตรวจพบเพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ ความเสี่ยงด้านสมองเสื่อม (+10.6%) และความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว (+10.2%) โดยผลการติดตามการจัดการผู้สูงอายุที่ตรวจพบความเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุที่ตรวจพบความเสี่ยงได้รับการส่งต่อเพื่อการตรวจประเมินเพิ่มเติม ร้อยละ 89.4 ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 76.8 ผู้สูงอายุที่มีอาการดีขึ้นหลังการจัดการ ร้อยละ 68.3

4) ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องพบว่าความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบ SMART-S Model จากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ SMART-S Model ในระดับมากที่สุด (M = 4.25, S.D. = 0.48) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ความสุภาพและอัธยาศัยของผู้คัดกรอง (M = 4.43, S.D. = 0.50) ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการสำรวจความพึงพอใจของ อสม. ต่อรูปแบบ SMART-S Model จากกลุ่มตัวอย่าง 15 คน พบว่า อสม. มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ SMART-S Model ในระดับมากที่สุด (M = 4.23, S.D. = 0.53) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ การฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพ (M = 4.47, S.D. = 0.52) ความพึงพอใจของผู้นำชุมชน ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้นำชุมชนต่อรูปแบบ SMART-S Model จากกลุ่มตัวอย่าง 10 คน พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก (M = 4.18, S.D. = 0.47) โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (M = 4.30, S.D. = 0.48) และการบูรณาการกับแผนพัฒนาท้องถิ่น (M = 4.20,

S.D. = 0.42) และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการสำรวจความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อรูปแบบ SMART-S Model จากกลุ่มตัวอย่าง 10 คน พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก (M = 4.15, S.D. = 0.51) โดยเฉพาะด้านการประสานงานและการทำงานเป็นทีม (M = 4.30, S.D. = 0.4)

5) การวิเคราะห์ความยั่งยืนของรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของรูปแบบ 5 ประการ ได้แก่

1) การบูรณาการกับระบบราชการ รูปแบบสอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

2) การสร้างกลไกทางการเงิน อบต. จัดสรรงบประมาณประจำปีและกำหนดเป็นตัวชี้วัดในแผนพัฒนา ช่วยให้มีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3) การพัฒนาศักยภาพท้องถิ่น อสม. มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นและมีระบบพี่เลี้ยงที่ดี ทำให้สามารถขยายผลและถ่ายทอดความรู้ได้

4) การสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วม ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและเห็นประโยชน์จริง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและต้องการให้โครงการดำเนินต่อไป

5) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน ช่วยให้สามารถปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบ SMART-S Model สามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง 9 ด้านจาก 58.12% เป็น 86.73% เพิ่มขึ้น 28.61% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษา[8] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้เกิดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่หลากหลายและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งความสำเร็จของรูปแบบ SMART-S Model มีความสอดคล้องกับแนวคิด Community-Integrated Intermediary Care (CIIC)[25] ที่ศึกษาในประเทศไทย โดยการบูรณาการการดูแลระดับชุมชนที่เชื่อมโยงระบบสุขภาพที่มีอยู่และลดภาระของครอบครัวผู้ดูแล การที่รูปแบบ SMART-S Model มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงนั้น เป็นการตอบสนองต่อบริบทการดูแลผู้สูงอายุแบบครอบครัวที่เป็นรากฐานของสังคมไทย นอกจากนี้การปรับปรุงที่พบมากที่สุดในด้านความคิดความจำ (+27.5%) และภาวะซึมเศร้า (+23.5%) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในการคัดกรองด้านสุขภาพจิตและการรู้คิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[26] พบว่า หลังนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 104 คน ในอำเภอสุไหงปาดี พบว่า คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ปรับจากระดับรุนแรง เป็นระดับปานกลาง และคะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) ลดลง

การปรับปรุงคุณภาพการคัดกรองและการตรวจพบความเสี่ยง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าคุณภาพของการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 72.4 คะแนน เป็น 88.3 คะแนน การปรับปรุงนี้เกิดขึ้นจากการฝึกอบรม อสม. อย่างเป็นระบบ การมีคู่มือการปฏิบัติงานที่เข้าใจง่าย และระบบพี่เลี้ยงที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอัตราการตรวจพบความเสี่ยงโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 41.7% เป็น 67.8%

เพิ่มขึ้น 26.1% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษา[26] พบว่าการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับ การศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ระยะทางจากที่อยู่อาศัยไปยังสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการมีผู้ดูแลที่เชื่อถือได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษา[27] ที่พบว่าหลังการอบรมและฝึกปฏิบัติอาสาสมัครมีความเข้าใจทั้งในกระบวนการคัดกรอง 9 ด้าน และกิจวัตรประจำวันตามดัชนี Barthel ADL เพิ่มขึ้นจากระดับ “ปานกลาง” เป็น “มากที่สุด” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งในรายข้อและภาพรวม แสดงให้เห็นว่าโมเดลการพัฒนาศักยภาพนี้มีประสิทธิผลในการยกระดับความรู้และทักษะของอาสาสมัครเพื่อนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

การใช้กระบวนการ Participatory Action Research (PAR) บูรณาการกับแนวคิด Design Thinking ในการพัฒนารูปแบบ SMART-S Model ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.26$, $S.D. = 0.44$) ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุที่เน้นการเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกัน การเรียนรู้ร่วมกัน และการเป็นตัวแทนในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ความสำเร็จของกระบวนการมีส่วนร่วมสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการ "ทำให้เป็นเจ้าของร่วมกัน" ตามแนวคิดของ Arnstein's[19] ซึ่งชุมชนไม่ได้เป็นเพียงผู้รับบริการ แต่เป็นผู้ร่วมออกแบบ ร่วมตัดสินใจ และร่วมประเมินผลการดำเนินงาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีเป้าหมายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการเพื่อปรับปรุงผลการวิจัยและสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในชีวิตของผู้เข้าร่วมและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา[8] ดำเนินตามกระบวนการสี่ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนเชิงปฏิบัติการด้วยการวิเคราะห์บริบท SWOT และประชุมเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล หลังการดำเนินงานภาคีเครือข่ายเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่หลากหลายและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งความยั่งยืนและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ผลการวิจัยระบุปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ 6 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างเป็นระบบ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบท ระบบสร้างแรงจูงใจที่หลากหลาย การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการบูรณาการกับแผนพัฒนาท้องถิ่น ปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชนด้อยโอกาส ที่เน้นความสำคัญของการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญและประชาชนในกระบวนการวิจัยและการสร้างนวัตกรรม ดังนั้นการบูรณาการกับแผนพัฒนาท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เน้นการใช้ประโยชน์จากระบบสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการผ่านการปฏิรูป การที่องค์การบริหารส่วนตำบลจัดสรรงบประมาณประจำปีและกำหนดเป็นตัวชี้วัดในแผนพัฒนาท้องถิ่นช่วยให้มั่นใจในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2566.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.(2568). รายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) ปีงบประมาณ 2567. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2568.
4. World Health Organization.(2015). World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al.(2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.
6. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
7. Brown T.(2008). Design thinking. Harv Bus Rev. 2008;86(6):84-92.
8. ตันสกุล หนูเวียง.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):353-60.
9. กิตติพิบูลย์ วีรพล, บุญตานนท์ นิธิรัตน์.(2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาวะเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด "ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย". วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2563;14(34):158-71.
10. Rappaport J.(1978). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. Am J Community Psychol. 1987;15(2):121-48.
11. Ryan RM, Deci EL.(2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol. 2000;55(1):68-78.
12. Fischer F.(2006). Participatory governance as deliberative empowerment: the cultural politics of discursive space. Am Rev Public Adm. 2006;36(1):19-40.
13. Norman DA.(1988). The psychology of everyday things. New York: Basic Books; 1988.
14. World Health Organization.(2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
15. Putnam RD.(2000). Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster; 2000.
16. 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.
17. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Likert R.(1967). The method of constructing an attitude scale. In: Fishbein M, editor. Readings in attitude theory and measurement. New York: Wiley; 1967. p. 90-5.
19. Arnstein SR.(1969). A ladder of citizen participation. Journal of the American Institute of planners. 1969 Jul 1;35(4):216-24.
20. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
21. Hodkinson HM.(1972). Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age Ageing. 1972;1(4):233-8.

22. Mahoney FI, Barthel DW.(1965). Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.
23. Wongpakaran, Nahathai, Tinakon Wongpakaran, and Robert Van Reekum.(2013). "The use of GDS-15 in detecting MDD: a comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients." *Journal of clinical medicine research* 5, no. 2 (2013): 101.
24. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al.(1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49.
25. Aung MN, Moolphate S, Aung TN, Koyanagi Y, Kurusattra A, Chantaraksa S, Supakankunti S, Yuasa M.(2022). Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: A cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004. Health Research Policy and Systems. 2022 Nov 29;20(Suppl 1):110.
26. นฤมล ปิ่นพรม, ราตรี หะนุรัตน์, รอฮานา โต๊ะแฉะ.(2024). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2024;9(4):586-93.
27. ภูสง่า พรทิพย์.(2568). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(1):725-33.

ประสิทธิผลในการรักษา ภาวะเหงื่อออกมากที่รักแร้ ด้วยไมโครโฟกัสอัลตราซาวด์

The Effectiveness of Microfocused Ultrasound for Treatment of Hyperhidrosis of Axilla.

(Received: May 14,2026 ; Revised: May 18,2026 ; Accepted: May 22,2026)

รัตภูมิ แก่นศักดิ์ศิริ[1]
Rattaphom Kansaksiri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบผลการลดเหงื่อด้วย microfocused ultrasound ใช้ระยะเวลาในการทดลองรวม 12 สัปดาห์ โดยทำ microfocused ultrasound จำนวน 1 ครั้ง ให้กับอาสาสมัครจำนวน 20 คน ในวันเริ่มต้นการทดลอง แบ่งอาสาสมัครกลุ่มทดลองออกเป็น เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง คือ ข้างที่รับการทำ microfocused ultrasound และ กลุ่มควบคุม คือ ด้านที่ไม่ได้ทำ เก็บผลการทดลองเปรียบเทียบก่อนการทดลอง, 6, และ 12 สัปดาห์ ตามลำดับ โดยการวัดผลจาก starch-iodine test และ Hyperhydrosis severity Scale

ผลการศึกษาพบว่าปริมาณเหงื่อลดลงอย่างชัดเจนที่สุดในสัปดาห์ที่ 6 ในทุกพารามิเตอร์ โดยเฉพาะค่าจากเครื่อง Tewameter® ที่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.034) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านที่ไม่ได้รักษา แม้ในสัปดาห์ที่ 12 จะพบการเพิ่มขึ้นของเหงื่อเล็กน้อยแต่ไม่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในค่า HDSS ซึ่งอาสาสมัครส่วนใหญ่ยังคงรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวมของทุกช่วงเวลา

คำสำคัญ: axillary hyperhidrosis, microfocused ultrasound , hyperhidrosis severity scale, starch-iodine test

Abstract

The quasi experimental research aimed to compare the sweat reduction efficacy of microfocused ultrasound over a total experimental period of 12 weeks. A single session of microfoused ultrasound was administered to 20 volunteers on the on the initial day of the study. The subjects were categorized into two internal groups: the experimental group, consisting of the axilla treated with microfoused ultrasound, and the control group, consisting of the untreated contralateral side. Comparative results were collected at baseline, 6 weeks and 12 weeks, respectively. Outcomes were measured using the Minor's starch-iodine test and the Hyperhidrosis Diseases Severity Scale (HDSS).

The study results found that the reduction in sweat volume was most evident at weeks 6 across all parameters, particularly the values from the Tewameter, which demonstrated a statistically significant difference (p=0.034) compared to the untreated side. Although a slight increase in sweating was observed at week 12, it did not affect the satisfaction levels regarding HDSS scores, as the majority of volunteers still perceived positive improvements. Overall, no statistically significant differences were found across
all time points, which may be attributed to the energy levels utilized or the number of treatment sessions.

Keywords: axillary hyperhidrosis, microfocused ultrasound , hyperhidrosis severity scale, starch-iodine test

[1] นักศึกษามหาบัณฑิต หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ความงาม คณะ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ สาขา Aesthetic Medicine วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ (College of Integrative Medicine: CIM), มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ (DPU)

บทนำ

ภาวะเหงื่อออกมากผิดปกติ(hyperhidrosis) เป็นความผิดปกติของระบบการหลั่งเหงื่อที่เกิดจากการทำงานมากเกินไปของต่อมเหงื่อ eccrine ภายใต้การควบคุมของระบบประสาท sympathetic ส่งผลให้มีการหลั่งเหงื่อมากเกินกว่าที่จำเป็นต่อการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย[1] ภาวะดังกล่าวสามารถพบได้หลายบริเวณของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณรักแร้ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และใบหน้า ซึ่งบริเวณรักแร้ (axillary hyperhidrosis) ถือเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างชัดเจน[2]

อุบัติการณ์ของภาวะ hyperhidrosis พบได้ประมาณร้อยละ 2–5 ของประชากรทั่วไป โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น[3] แม้ภาวะดังกล่าวจะไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตโดยตรง แต่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความมั่นใจในตนเอง การเข้าสังคม การทำงาน ตลอดจนสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[4] นอกจากนี้ภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ยังส่งเสริมการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของกลิ่นตัว ส่งผลต่อบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย[5]

ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาภาวะเหงื่อออกมากหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาทากลุ่ม aluminum chloride, การรับประทานยา anticholinergic, การทำ iontophoresis, การฉีด botulinum toxin, การรักษาด้วยพลังงานจากคลื่นไมโครเวฟและเลเซอร์ รวมถึงการผ่าตัด sympathetic ganglion[6] อย่างไรก็ตาม วิธีการรักษาแต่ละชนิดยังมีข้อจำกัด ทั้งในด้านประสิทธิผล ระยะเวลาการคงอยู่ของผลการรักษา ค่าใช้จ่าย ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น[7]

Microfocused ultrasound เป็นเทคโนโลยีที่ใช้คลื่นเสียงความเข้มสูงแบบเฉพาะจุดในการส่งพลังงานลงสู่ชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยสามารถก่อให้เกิด thermal coagulation point ในระดับความลึกที่กำหนดได้อย่างแม่นยำ โดยไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อผิวหนังชั้นบน[8] ปัจจุบันเทคโนโลยีดังกล่าวถูกนำมาใช้ในด้านเวชศาสตร์ความงามอย่างแพร่หลาย และเริ่มมีการศึกษาถึงประสิทธิผลในการลดการทำงานของต่อมเหงื่อบริเวณรักแร้ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มให้ผลการรักษาที่ดี มีความเจ็บปวดน้อย และมีระยะพักฟื้นสั้น[9]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ microfocused ultrasound ในการรักษาภาวะ axillary hyperhidrosis ยังมีจำนวนจำกัด และข้อมูลด้านประสิทธิผลในระยะติดตามผลยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในประชากรไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของ microfocused ultrasound ในการรักษาภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ โดยประเมินผลจาก Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) ร่วมกับการวัดการระเหยของน้ำผ่านผิวหนังด้วยเครื่อง Tewameter® เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนทางวิชาการและเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์หลัก

1.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผล การลดเหงื่อด้วย microfocused ultrasound โดยวัดปริมาณเหงื่อที่ลดลงจาก hyperhidrosis severity scale

1.2 เพื่อศึกษาประสิทธิผล การลดเหงื่อด้วย microfocused ultrasound โดยเครื่อง Tewameter®

2. วัตถุประสงค์รอง

2.1 เพื่อศึกษาผลข้างเคียงของการรักษาด้วย microfocused ultrasound

2.2 เพื่อให้ทราบถึงความพึงพอใจของอาสาสมัครในการรักษา ภาวะ axillary hyperhidrosis ด้วย microfocused ultrasound

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ด้วยไมโครโฟกัสอัลตราซาวด์ (microfocused ultrasound) โดยทำการรักษา 1 ครั้ง และติดตามผลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการสุ่มเลือกข้างรักแร้ที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธี block randomization โดยรักแร้ข้างที่ได้รับการรักษาจัดเป็นกลุ่มทดลอง ส่วนรักแร้อีกข้างที่ไม่ได้รับการรักษาจัดเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นประเมินผลการรักษาก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้แบบประเมิน Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS), การทดสอบ starch-iodine test, การวัดค่าการระเหยของน้ำผ่านผิวหนังด้วยเครื่อง Tewameter® และการชั่งน้ำหนักเหงื่อด้วยวิธี gravimetric test

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ประชากรชาวไทยอายุ 20–39 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ตามเกณฑ์ Hyperhidrosis Disease Severity Scale มากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครชาวไทยอายุ 20–39 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ axillary hyperhidrosis ตามเกณฑ์ดังกล่าว และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนด power เท่ากับร้อยละ 80 และ alpha เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างประมาณ 17 คน และเมื่อคำนวณเผื่อการสูญหายจากการติดตามร้อยละ 20 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่อง microfocused ultrasound พร้อมหัวยิงขนาด 4.5 มิลลิเมตร 2) ครีมยาชาเฉพาะที่ Lipricaine® ซึ่งประกอบด้วย lidocaine 2.5% และ prilocaine 2.5% 3) เครื่อง Tewameter® TM 300 สำหรับวัดค่าการระเหยของน้ำผ่านผิวหนัง และ 4) กล้องถ่ายภาพสำหรับบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก นอกจากนี้ยังใช้แบบประเมิน Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS), การทดสอบ starch-iodine test และการวัดน้ำหนักเหงื่อด้วยวิธี gravimetric test เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษาก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบผลการรักษาภายในกลุ่มในช่วงเวลาก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ด้วย repeated measures ANOVA ส่วนการเปรียบเทียบผลระหว่างข้างที่ได้รับการรักษาและข้างที่ไม่ได้รับการรักษา วิเคราะห์ด้วย t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์รายงานในรูปค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า p-value และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือการดูแลรักษา ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลในการรักษาภาวะเหงื่อออกมากที่รักแร้ด้วยไมโครโฟกัสอัลตราซาวด์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ด้วยเครื่อง microfocused ultrasound โดยเปรียบเทียบผลก่อนการรักษา หลังการ

รักษาที่ 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครจำนวน 20 คน โดยกำหนดให้รักแร้ข้างหนึ่งเป็นข้างทดลองที่ได้รับการรักษา และอีกข้างเป็นข้างควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลได้แก่ Hyperhidrosis Disease Severity Scale หรือ HDSS, การวัดค่าการระเหยของน้ำผ่านผิวหนังด้วย Tewameter®, การวัดน้ำหนักเหงื่อด้วย gravimetric test และการทดสอบ starch-iodine test

ตารางที่ 1 สรุปภาพรวมวิธีดำเนินการวิจัย

ประเด็น	รายละเอียด
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก แบบ RCT และ single blinded design
กลุ่มตัวอย่าง	อาสาสมัครที่มีภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ จำนวน 20 คน
กลุ่มทดลอง	รักแร้ข้างที่ได้รับการรักษาด้วย microfocused ultrasound
กลุ่มควบคุม	รักแร้อีกข้างที่ไม่ได้รับการรักษา
ระยะเวลาติดตามผล	ก่อนการรักษา, สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12
ตัวชี้วัดผล	HDSS, Tewameter®, gravimetric test และ starch-iodine test
วัตถุประสงค์รอง	ศึกษาผลข้างเคียงและความพึงพอใจของอาสาสมัคร

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่างานวิจัยนี้ออกแบบให้เปรียบเทียบผลภายในบุคคลเดียวกัน โดยใช้รักแร้ข้างที่ได้รับการรักษาเปรียบเทียบกับรักแร้ข้างที่ไม่ได้รับการรักษา วิธีดังกล่าวช่วยลดความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น อายุ สภาพผิว หรือระดับความรุนแรงของภาวะเหงื่อออกมาก ทำให้ผลการเปรียบเทียบมีความเหมาะสมมากขึ้นในเชิงระเบียบวิธีวิจัย

ตารางที่ 2 สรุปผลการวิจัยตามตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัด	ผลที่พบ
HDSS	หลังการรักษา อาสาสมัครส่วนใหญ่รับรู้ว่าอาการเหงื่อออกดีขึ้น โดยเฉพาะช่วงสัปดาห์ที่ 6 และแม้สัปดาห์ที่ 12 จะมีเหงื่อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ระดับความพึงพอใจโดยรวมยังอยู่ในทิศทางที่ดี
Tewameter®	พบแนวโน้มค่าการระเหยของน้ำผ่านผิวหนังลดลงชัดเจนที่สุดในสัปดาห์ที่ 6 โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับข้างที่ไม่ได้รับการรักษา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = 0.034
Gravimetric test	น้ำหนักเหงื่อมีแนวโน้มลดลงในสัปดาห์ที่ 6 แต่เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 12 พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นบางส่วน แสดงว่าผลการรักษาอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป
Starch-iodine test	ใช้ประกอบการประเมินบริเวณที่มีเหงื่อออก โดยช่วยแสดงตำแหน่งการหลั่งเหงื่อ แต่ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณหลัก
ผลข้างเคียง	ไม่พบผลข้างเคียงรุนแรงจากการรักษา สะท้อนว่าการรักษาด้วย microfocused ultrasound มีแนวโน้มปลอดภัย

จากตารางที่ 2 พบว่า microfocused ultrasound มีแนวโน้มช่วยลดภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ได้ โดยผลการรักษาชัดเจนที่สุดในสัปดาห์ที่ 6 ทั้งจากการรับรู้ของอาสาสมัครและค่าการวัดเชิงปริมาณ โดยเฉพาะค่า Tewameter® ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับข้างควบคุม อย่างไรก็ตาม ในสัปดาห์ที่ 12 พบว่าปริมาณเหงื่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จึงอาจกล่าวได้ว่าการรักษาเพียง 1 ครั้งให้ผลในทิศทางที่ดี แต่ผลลัพธ์อาจยังไม่คงทนเพียงพอในระยะยาว

ตารางที่ 3 ผลเชิงสถิติที่สำคัญ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผลการวิเคราะห์
ค่าพื้นฐานก่อนการรักษา	ข้างทดลองและข้างควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าทั้งสองข้างมีความใกล้เคียงกันก่อนเริ่มทดลอง
สัปดาห์ที่ 6	พบการลดลงของเหงื่อชัดเจนที่สุด โดยเฉพาะค่า Tewameter®
สัปดาห์ที่ 12	พบเหงื่อเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 6 แต่โดยรวมยังดีกว่าก่อนรักษาในบางตัวชี้วัด
ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ	ค่า Tewameter® เมื่อเปรียบเทียบข้างรักษากับข้างไม่รักษา พบ p = 0.034
ภาพรวมทุกช่วงเวลา	ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรและทุกช่วงเวลา

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า microfocused ultrasound มีประสิทธิผลในเชิงแนวโน้ม โดยช่วงเวลาที่เห็นผลดีที่สุดคือสัปดาห์ที่ 6 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกช่วงเวลา ผลลัพธ์ยังไม่สม่ำเสมอเพียงพอที่จะยืนยันประสิทธิผลอย่างชัดเจนในทุกตัวชี้วัด สาเหตุอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งในการรักษาที่มีเพียง 1 ครั้ง ระดับพลังงานที่ใช้ และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างจำกัด

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรักษาภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ด้วย microfocused ultrasound จำนวน 1 ครั้ง มีแนวโน้มช่วยลดปริมาณเหงื่อได้ โดยผลการลดลงเห็นได้ชัดเจนที่สุดในสัปดาห์ที่ 6 หลังการรักษา ทั้งจากการประเมินด้วย Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) การวัดค่าการระเหยของน้ำผ่านผิวหนังด้วย Tewameter® และการวัดน้ำหนักเหงื่อด้วย gravimetric test อย่างไรก็ตาม ในสัปดาห์ที่ 12 พบว่าปริมาณเหงื่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 6 แม้ว่าภาพรวมยังคงดีกว่าก่อนการรักษาในบางตัวชี้วัด ผลดังกล่าวสะท้อนว่า microfocused ultrasound อาจมีประสิทธิผลในระยะสั้นถึงระยะกลาง แต่การรักษาเพียง 1 ครั้งอาจยังไม่เพียงพอที่จะคงผลการลดเหงื่อได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรักษาภาวะเหงื่อออกมากที่ต้องพิจารณาทั้งประสิทธิผล ระยะเวลาคงอยู่ของผลการรักษา และความปลอดภัยของวิธีการรักษา[3-5]

เมื่อพิจารณาผลจาก HDSS พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่ยังคงรับรู้ว่าอาการเหงื่อออกดีขึ้นหลังการรักษา โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 6 แม้ในสัปดาห์ที่ 12 จะพบการเพิ่มขึ้นของเหงื่อเล็กน้อยจากบางตัวชี้วัด แต่ค่า HDSS ในบางรายยังคงไม่เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า HDSS เป็นแบบประเมินเชิงอาการและผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งสะท้อนการรับรู้โดยรวมของผู้ป่วยมากกว่าปริมาณเหงื่อเชิงปริมาณโดยตรง ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของเหงื่อที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 12 อาจยังไม่มากพอที่จะทำให้อาสาสมัครรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงหรือส่งผลต่อระดับความรุนแรงตาม HDSS อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ภาวะ axillary hyperhidrosis เป็นภาวะที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความมั่นใจ การเข้าสังคม และการทำงานของผู้ป่วย จึงทำให้การประเมินทั้งเชิงอาการและเชิงปริมาณมีความสำคัญร่วมกันในการติดตามผลการรักษา[1-4]

ในส่วนของค่า Tewameter® พบว่า ค่าการระเหยของน้ำผ่านผิวหนังมีแนวโน้มลดลงชัดเจนที่สุดในสัปดาห์ที่ 6 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างข้างที่ได้รับการรักษากับข้างที่ไม่ได้รับการรักษา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคู่เปรียบเทียบ twLSb6 กับ twPb6 (p = 0.034) ผลดังกล่าวสนับสนุนว่า microfocused ultrasound อาจมีผลต่อการลดการทำงานของต่อมเหงื่อในบริเวณที่ได้รับ

พลังงาน โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาหลังการรักษาประมาณ 6 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ microfocused ultrasound ที่สามารถส่งพลังงานลงสู่ชั้นเนื้อเยื่อเป้าหมายและก่อให้เกิด thermal coagulation point ในระดับความลึกที่กำหนดได้[5] อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกช่วงเวลา ความแตกต่างยังไม่สม่ำเสมอเพียงพอที่จะยืนยันประสิทธิผลในทุกช่วงเวลา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการรักษา ระดับพลังงานที่ใช้ และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนจำกัด[5]

ผลจาก gravimetric test เป็นไปในทิศทางเดียวกับ Tewameter® โดยพบว่าน้ำหนักเหงื่อมีแนวโน้มลดลงในสัปดาห์ที่ 6 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 12 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้ gravimetric test ถือเป็นวิธีประเมินปริมาณเหงื่อเชิงปริมาณที่ช่วยสนับสนุนการประเมินผลการรักษาภาวะเหงื่อออกมากได้ เนื่องจากสามารถสะท้อนปริมาณเหงื่อที่หลั่งออกมาในช่วงเวลาที่กำหนดได้โดยตรง[6] อย่างไรก็ตาม ผลที่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้อาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาก ระยะเวลาติดตามผลที่จำกัด หรือความแปรปรวนรายบุคคลของการหลั่งเหงื่อ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการแปลผลการศึกษา[6]

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Nestor และ Park ที่ศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิผลของ micro-focused ultrasound plus visualization หรือ MFU-V ในการรักษา axillary hyperhidrosis พบว่าการรักษาด้วย MFU-V สามารถลดเหงื่อได้ชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงหลังการรักษาระยะแรก และแม้ข้างที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีการลดลงของเหงื่อเล็กน้อย แต่การลดลงในข้างที่ได้รับการรักษาชัดเจนกว่า[5] ผลการศึกษาครั้งนี้มีทิศทางสอดคล้องกัน กล่าวคือ ข้างที่ได้รับการรักษาด้วย microfocused ultrasound มีแนวโน้มลดเหงื่อได้มากกว่าข้างควบคุม โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 6 อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของผลลัพธ์อาจเกี่ยวข้องกับชนิดของเทคโนโลยีที่ใช้ การมีระบบ visualization จำนวนครั้งในการรักษา และค่าพลังงานที่ใช้ในการส่งผ่านลงสู่ชั้นเนื้อเยื่อ ดังนั้น จึงยังไม่ควรสรุปว่า microfocused ultrasound มีประสิทธิผลด้อยกว่าหรือเหนือกว่า MFU-V โดยตรง แต่ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยตรงเพิ่มเติมในอนาคต[5]

กลไกที่เป็นไปได้ของ microfocused ultrasound ในการลดเหงื่ออาจเกิดจากพลังงานความร้อนเฉพาะจุดที่ทำให้เกิด thermal injury หรือ thermal coagulation ในชั้นเนื้อเยื่อเป้าหมาย ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของต่อมเหงื่อบริเวณรักแร้[5] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การรักษาเพียง 1 ครั้งอาจทำให้การทำงานของต่อมเหงื่อลดลงได้ชั่วคราวหรือบางส่วน แต่ยังอาจไม่เพียงพอต่อการทำลายหรือลดการทำงานของต่อมเหงื่ออย่างต่อเนื่องในระยะยาว จึงพบแนวโน้มของเหงื่อที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 12 ข้อค้นพบนี้สนับสนุนว่าควรศึกษาจำนวนครั้งของการรักษา ระยะห่างระหว่างครั้ง และค่าพลังงานที่เหมาะสมเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ชัดเจนและคงอยู่นานขึ้น[5]

เมื่อพิจารณาทางเลือกในการรักษาภาวะ axillary hyperhidrosis ปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาทา aluminum chloride การใช้ยารับประทานกลุ่ม anticholinergic การฉีด botulinum toxin การรักษาด้วยพลังงานจากเครื่องมือชนิดต่าง ๆ และการผ่าตัด โดยแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน ทั้งด้านประสิทธิผล ระยะเวลาคงอยู่ของผลการรักษา ผลข้างเคียง ค่าใช้จ่าย และความสะดวกของผู้ป่วย[3-5,8] ดังนั้น microfocused ultrasound อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีข้อได้เปรียบในด้านความบาดเจ็บน้อย ไม่ต้องผ่าตัด และมีแนวโน้มปลอดภัย แต่ยังจำเป็นต้องมี

ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานอื่น เช่น botulinum toxin หรือเครื่องมือพลังงานชนิดอื่น ในด้านความเร็วในการออกฤทธิ์ ระยะเวลาคงอยู่ของผลการรักษา ความคุ้มค่า และอาการไม่พึงประสงค์[3-5]

โดยสรุป การรักษาภาวะเหงื่อออกมากบริเวณรักแร้ด้วย microfocused ultrasound จำนวน 1 ครั้ง มีแนวโน้มช่วยลดปริมาณเหงื่อได้ โดยเห็นผลชัดเจนที่สุดในสัปดาห์ที่ 6 และไม่พบผลข้างเคียงรุนแรงในระยะติดตามผลของการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม ผลการรักษามีแนวโน้มลดลงบางส่วนในสัปดาห์ที่ 12 และผลลัพธ์โดยรวมยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัด จึงอาจกล่าวได้ว่า microfocused ultrasound เป็นวิธีการรักษาที่มีศักยภาพ แต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับจำนวนครั้งในการรักษา ระยะห่างระหว่างครั้ง ค่าพลังงานที่เหมาะสม และการติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป[5-6]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทำ microfocused ultrasound ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป เพื่อจะเห็นถึงประสิทธิผลได้ชัดเจนยิ่งกว่านี้ เพราะในการวิจัยครั้งนี้ เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการหลั่งเหงื่อมีแนวโน้มลดลง แล้วกลับเพิ่มขึ้นหลังจากเวลาผ่านไป และเมื่อได้ทำ microfocused ultrasound หลายครั้งแล้ว ควรมีการติดตามผลในระยะยาว ว่ามีประสิทธิผลยาวนานอย่างไร

2. ควรมีการศึกษาว่า ระยะห่างในการทำ microfocused ultrasound ควรจะเป็นทุก 2, 4, หรือ 6 สัปดาห์ จึงจะได้ประสิทธิผลมากที่สุด หมายถึง ควรทำต่อเนื่องกัน เพื่อมิให้ต่อมเหงื่อมีโอกาสซ่อมแซม หรือ ควรให้ต่อมเหงื่อได้ฟื้นฟู เพื่อจะเป็นตัวรับพลังงานของ microfocused ultrasound

3. ควรมีการศึกษาว่า ค่าพลังงานที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ประสิทธิผลสูงสุด และมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors.(2019). *Fitzpatrick's Dermatology*. 4th ed. China: Elsevier; 2019.
2. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors.(2019). *Fitzpatrick's Dermatology*. 9th ed. United States: McGraw-Hill; 2019.
3. Glaser DA, Mattox AR.(2013). Focal axillary hyperhidrosis. In: *Botulinum Toxin: Procedures in Cosmetic Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2013.
4. Glaser DA, Mattox AR.(2017). Primary focal palm, sole, craniofacial, and compensatory hyperhidrosis. In: *Botulinum Toxin: Cosmetic and Clinical Applications*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
5. Nestor MS, Park H.(2014). Safety and efficacy of micro-focused ultrasound plus visualization for the treatment of axillary hyperhidrosis. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2014;7(4):14-21.
6. Stefaniak TJ, Proczko M.(2013). Gravimetry in sweating assessment in primary hyperhidrosis and healthy individuals. *Clin Auton Res*. 2013;23:197-200.

7. Davis P.(2019). A practical comparison of IPLs and the copper bromide laser for photorejuvenation, acne and the treatment of vascular and pigment lesions.
8. Swinehart JM.(2000). Failure of sweat gland curettage to relieve axillary hyperhidrosis: a salutary lesson. *Dermatol Surg*. 2000;26(4):353-356. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S15333167120011880
9.Cios A, Ciepielak M, Szymaǹski Ł, Lewicka A, Cierniak S, Stankiewicz W, et al.(2021). Effect of different wavelengths of laser irradiation on the skin cells. *Int J Mol Sci*. 2021;22(5):2437.

การทดสอบโปรแกรมการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ความมั่นใจและทักษะของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดกำแพงเพชร

The Testing of Basic Life Support Training Program on Knowledge, Confidence and Skills of High-school Students in Kamphaeng Phet province.

(Received: May 16,2026 ; Revised: May 23,2026 ; Accepted: May 27,2026)

ตุลนาฒ ทวนธง[1] ธัญญา พลับพลาทอง[1]
Toonlanat Thuanthong[1] Tunya Plubplathong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้ 2) แบบสอบถามความมั่นใจ และ 3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสอน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการสอน, การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน, นักเรียนระดับมัธยมศึกษา

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design to investigate the effects of a basic life support (BLS) teaching program on knowledge, confidence, and basic life support skills among senior high school students in Kamphaeng Phet Province. The sample consisted of 66 senior high school students, who were equally assigned to an experimental group (n = 33) and a control group (n = 33).

The research instruments included a basic life support teaching program and data collection instruments comprising: (1) a knowledge test, (2) a confidence questionnaire, and (3) a practical skills assessment form for basic life support. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The findings revealed that after receiving the teaching program, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in knowledge, confidence, and basic life support skills compared to their pre-intervention scores ($p < .001$). Furthermore, when compared with the control group, the experimental group showed significantly higher mean scores in knowledge, confidence, and basic life support skills ($p < .001$).

Keywords: Training Program, Basic Life Support, High-school Students

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest :OHCA) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตของประชาการทั่วโลก โดยอุบัติการณ์การเสียชีวิตในแต่ละทวีปสูงถึง 89-95.7 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี[1] แม้ใน

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
Corresponding author: Toonlanat Thuanthong Email: toonlanatt@gmail.com

ประเทศไทยจะยังไม่มีตัวเลขสถิติที่ระบุไว้อย่างแน่ชัด แต่คาดการณ์ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับอุบัติการณ์ผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่อัตราเฉลี่ยการรอดชีวิตของผู้มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าในเอเชียมีอัตราการรอดชีวิตต่ำมากเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น[2]

ปัจจัยสำคัญส่งผลต่อการรอดชีวิตคือระยะเวลาในการเข้าช่วยเหลือ[3,4,5] ผู้รอดชีวิตส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) ซึ่งหากได้รับตอบสนองที่รวดเร็วจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ด้วยการกดหน้าอก (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามทีมหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เขตเมือง หากเป็นชุมชนที่อยู่นอกเขตเมืองอาจต้องใช้เวลาในการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วย ในขณะที่ผู้พบเห็นเหตุการณ์ส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่อยู่ในชุมชน หากผู้ป่วยได้รับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ (Bystander) อย่างมีประสิทธิภาพตามขั้นตอนของห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of survival) ทั้ง 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือขั้นต้นที่ช่วยให้ระบบไหลเวียนของร่างกายผู้ป่วยกลับมาทำงานได้ก่อนที่ทีมผู้ช่วยเหลือจะมาถึง จะทำให้มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 2-3 เท่า[6] จึงมีความจำเป็นที่ในพื้นที่ชุมชนควรมีผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่พร้อมช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างทันท่วงที[3]

ประเทศไทยมีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักศึกษาพยาบาล เจ้าหน้าที่กู้ภัย รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น แต่จากสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเกิดได้ทุกเวลาและทุกสถานที่ ประชาชนทั่วไปควรมีความรู้และทักษะเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เมื่อพบเห็นเหตุการณ์จะสามารถให้การช่วยเหลือและช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ ปัจจุบันได้มีการให้ความรู้ให้กับกลุ่มประชาชนทั่วไปและในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังคงจำกัดอยู่ในเมืองใหญ่ ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ตามชุมชนนอกเขตเมือง สำหรับในโรงเรียนถึงแม้มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องความรู้พื้นฐานการช่วยชีวิตเบื้องต้นให้กับนักเรียนในรายวิชาสุขศึกษาแต่เป็นรูปแบบการบรรยายเพียงอย่างเดียว[7] ไม่ได้เน้นเทคนิคสำคัญและลงมือปฏิบัติจริง จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของประชาชนทั่วไป คือ รู้สึกกลัว ไม่มีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยหากพบเห็นผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น[8] หากผู้ช่วยเหลือมีความรู้ ความมั่นใจและทักษะในการช่วยเหลือจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้

จากความสำคัญดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงสนใจศึกษาการให้โปรแกรมความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนในโรงเรียนพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร ระดับมัธยมศึกษาซึ่งถือเป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมและศักยภาพทางด้านร่างกาย สติปัญญาและอารมณ์[3,9,10] เป็นวัยที่มีความเหมาะสมในการเรียนรู้และฝึกทักษะที่มีความเฉพาะทางและเหมาะสมในการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน[7] จึงควรส่งเสริมให้มีความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในชุมชนสูงขึ้น สร้างความเข้มแข็งอย่างยั่งยืนในระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ระหว่าง

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อน-หลัง (Quasi Experimental Research: Two group pretest-posttest design) การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1956)[11] กล่าวถึงการเรียนรู้ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างถาวร เป็นผลจากการฝึกฝน โดยเกิดการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ เป็นความสามารถในการรับรู้ข้อมูล มีความเข้าใจและนำความรู้ไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ด้านทัศนคติเป็นความรู้สึก ความมั่นใจ หากบุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ และมั่นใจจะสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 676 คน

กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกำแพงเพชร คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis[12] ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two groups) เลือก two-tailed กำหนดค่าอิทธิพล 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และค่า Power 0.85[13] ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ไม่เคยได้รับการอบรมทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมาก่อน

2. ได้รับความยินยอมจากนักเรียน ผู้ปกครอง

3. กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษา

4. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคซึ่งอาจทำให้อาการกำเริบได้ในขั้นตอนการฝึกทักษะภายใต้โปรแกรมการสอน เช่น โรคหัวใจ หอบหืด เป็นต้น

5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. อยู่ระหว่างลาหรือพักการศึกษา

2. มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคซึ่งอาจกำเริบได้ในขั้นตอนการฝึกทักษะภายใต้โปรแกรมการสอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1.1 คู่มือประกอบการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยเนื้อหาการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) วิธีปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED)

1.2 สื่อวีดิทัศน์เรื่องภาวะหัวใจหยุดเต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

1.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้เรียนฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นเรียน ประสบการณ์พบเห็นเหตุการณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นแบบทดสอบความรู้ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้อง 1 ข้อเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 ความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 4 ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงเนื้อหามาจากขั้นตอนการช่วยชีวิตฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[14] คะแนนรวมเต็ม 15 คะแนน การให้คะแนนมี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้องและครบถ้วน ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องแต่ไม่ครบถ้วน ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบวัดความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการช่วยฟื้นคืนชีพและผ่านการอบรม BLS instructor 1 คน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพ 1 คนและอาจารย์เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 คน เพื่อหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพื่อผู้วิจัยได้นำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำ พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปทดลองกับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความมั่นใจและแบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ติดต่อประสานงานกับครูประจำชั้นและครูพยาบาลเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาการดำเนินการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงสิทธิ์และความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยระบุชัดเจนว่าการเข้าร่วมหรือถอนตัวไม่มีผลต่อคะแนนการเรียน การเข้าร่วมวิจัยต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง เตรียมอุปกรณ์ สื่อการสอนและหุ่นจำลองฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมในชั่วโมงกิจกรรมหรือเวลาที่ไม่มีการจัดการเรียนการสอนปกติ เพื่อไม่ให้กระทบต่อการเรียนของนักเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ให้ทำแบบทดสอบวัดความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบวัดความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Pretest) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนน

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีคู่มือประกอบการบรรยายเนื้อหา ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นเปิดสื่อวิดีทัศน์สถานการณ์จำลองและการสาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ สรุปเนื้อหาสำคัญ ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยสาธิตและสาธิตย้อนกลับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในแต่ละขั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับชมสื่อโดยแบ่งกลุ่มละ 8-9 คนเพื่อให้ทุกคนได้ฝึกทักษะและสาธิตย้อนกลับใน 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมินสถานที่เกิดเหตุ การประเมินสภาพผู้ป่วย การกดหน้าอก (CPR) และการใช้เครื่อง AED โดยมีผู้วิจัยดูแล ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างใกล้ชิด สรุปเนื้อหาสำคัญ และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

หลังได้รับโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินความรู้ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Post-test) ผู้ที่มีคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น

พื้นฐานยังไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความมั่นใจและเข้ารับการประเมินทักษะอีกครั้ง

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจัดให้อยู่ในอีกห้องที่ไม่สามารถมองเห็นกันได้ แนะนำสื่อเรื่องวิธีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจาก youtube และ website ที่น่าสนใจ โดยจัดอุปกรณ์หุ่นจำลองการช่วยฟื้นคืนชีพและเครื่อง AED ให้กับกลุ่มควบคุมได้ฝึกปฏิบัติ โดยใช้เวลารวม 2 ชั่วโมง จากนั้นทำการประเมินความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

หลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยวิธีการบรรยาย ศึกษาวีดิทัศน์สถานการณ์จำลองและการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ สรุปเนื้อหาสำคัญให้กับกลุ่มควบคุมทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test ทั้งนี้ได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร COA No. 013/2023 REC No. 068/65 วันที่ 4 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.61 กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 57.58 ไม่เคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและไม่เคยเห็นการช่วยฟื้นคืนชีพ ร้อยละ 96.97 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.58 กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 60.60 ไม่เคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและไม่เคยเห็นการช่วยฟื้นคืนชีพ ร้อยละ 96.97 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้น ประสบการณ์พบเห็นผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และประสบการณ์พบเห็นการช่วยฟื้นคืนชีพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	*p* value
	M	SD	*M*	SD			
ความรู้	4.44	0.89	7.94	1.08	23.69	32	<.001
ความมั่นใจ	4.47	0.89	7.91	1.01	24.44	32	<.001
ทักษะ	7.23	1.18	12.13	1.02	30.71	32	<.001

จากตาราง 2 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.001$

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	*p* value
	M	SD	*M*	SD		
ความรู้	7.94	1.08	6.05	1.05	10.05	<.001
ความมั่นใจ	7.91	1.02	6.09	1.14	9.49	<.001
ทักษะ	12.13	1.02	9.91	0.73	14.20	<.001

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (M =7.94, SD = 1.08) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 6.05, SD = 1.05) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจของกลุ่มทดลอง (M = 7.91, SD = 1.02) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 6.09, SD = 1.14) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง (M = 12.13, SD = 1.02) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 9.91, SD = 0.73) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความรู้ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายให้ข้อมูลพร้อมคู่มือประกอบการเรียนรู้ รับชมวีดิทัศน์ที่มีทั้งภาพและเสียง การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ช่วยกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้มากขึ้น [15,16] สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom[11] ที่อธิบายว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเกิดจากประสบการณ์และการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับชมวีดิทัศน์ ซึ่งมีทั้งภาพและเสียงยังช่วยเสริมการเรียนรู้และเพิ่มประสิทธิภาพในการจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพช่วยเพิ่มระดับความรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ[3,7]

ด้านความมั่นใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้เรียนที่ได้รับโปรแกรมมีความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งอธิบายได้ว่าการได้รับความรู้จนเข้าใจร่วมกับการฝึกทักษะภายใต้สถานการณ์ที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกับความเป็นจริง ผู้เรียนได้แสดงบทบาทและมีปฏิสัมพันธ์ตามสถานการณ์ที่เสมือนจริง ได้เรียนรู้และทดลองใช้อุปกรณ์จริงจนคุ้นเคยส่งผลให้ลดความกลัวและเพิ่มความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติ การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพที่ประกอบด้วยการฝึกปฏิบัติจริงช่วยทำให้ผู้เรียนมีระดับความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมากในการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยหากต้องเผชิญสถานการณ์จริง [17] อีกทั้งขณะฝึกปฏิบัติผู้เรียนได้รับคำแนะนำ คำชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และข้อมูลป้อนกลับทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นว่าจะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง [18,19] ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับข้อเสนอแนะที่ถูกต้องระหว่างการฝึกปฏิบัติเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องจะได้รับคำชมเชยเป็นระยะ ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านทักษะ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ตันติเอกรัตน์[7] ที่พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีคะแนนทักษะสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการได้ฝึกปฏิบัติจริงมีประสิทธิภาพมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ผู้เรียนได้เรียนรู้การปฏิบัติที่ถูกต้องจากต้นแบบ (Modeling) จากการชมวีดิทัศน์ที่ประกอบด้วยเนื้อหาขั้นตอนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน รวมถึงได้ลงมือฝึกทักษะเป็นลำดับขั้นตอนในสถานการณ์ใกล้เคียงกับความเป็นจริงกรณีพบเห็นผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในชุมชน รวมถึงมีผู้สอนคอยให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลป้อนกลับ ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง [20] นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองที่สามารถแสดงผลป้อนกลับของประสิทธิภาพในการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ ภายใต้สถานการณ์จำลองที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และปรับปรุงการฝึกปฏิบัติ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์การตัดสินใจแก้ไขปัญหา [18,21] จนสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานช่วยเพิ่มระดับความรู้ ความมั่นใจและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพให้กับนักเรียนได้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระดับต่างๆ ได้แก่

1. ระดับนโยบายการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในสถานศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมให้นักเรียนสามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อย่างเหมาะสม

2. สถานศึกษา สามารถนำโปรแกรมการสอนไปบูรณาการกับรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น สุขศึกษา หรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนได้รับการพัฒนาความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

3. ครูผู้สอน ครูผู้สอนสามารถนำกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของผู้เรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของโปรแกรม เช่น การคงอยู่ของความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภายหลังการอบรมในระยะเวลา 3–6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดอบรมทบทวนความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น นักเรียนระดับประถมศึกษา นักศึกษา หรือประชาชนทั่วไป เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และขยายการประยุกต์ใช้โปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. Awad E, Farhat H, Shami R, Gholami N, Mortada B, Rumbolt N, et al. Incidence, characteristics, and prehospital outcomes of out-of-hospital cardiac arrest in Qatar: A nationwide gender-based investigation. Int J Emerg Med. 2024;17(1):105.

2. Vazanic D, Prkacin I, Kurtovic B, Rotim C. Out-of-hospital cardiac arrest outcomes: Bystander cardiopulmonary resuscitation rate improvement. Acta Clin Croat. 2022;61(2):265–72.

3. มัตถก ศรีคล้อ, มาลินี อยู่ใจเย็น และ ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2562;35(1):239-251.

4. Fang K, Fook-Chong S, Okada Y, Siddiqui FJ, Shahidah N, Tanaka H, et al. Survival and neurological outcomes among OHCA patients in middle- and high-income countries in the Asia-Pacific. Resuscitation. 2025;211:110592.
5. Simmons KM, McIsaac SM, Ohle R. Impact of community-based interventions on out-of-hospital cardiac arrest outcomes: A systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2023;13(1):10231.
6. El-Zein RS, Kennedy KF, Chan PS. Out-of-hospital cardiac arrest survival when CPR is initiated by first responders. Resuscitation. 2023;190:109914.
7. ศศิธร ตันติเอกรัตน์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564;4(2):111-126.
8. Riva G, Hollenberg J. Different forms of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. J Intern Med. 2021;290(1):57–72.
9. เกสร เกษมสุข และ อุษณีย์ บุญบรรจบ. การส่งเสริมพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: บทบาทของพยาบาล. แพทยสารทหารอากาศ. 2561;64(3):101-107.
10. ปาจรีย์ ตรีนนท์, สำเร็จ เทียนทอง, ธีราภรณ์ บุญล้อม, ชิณท์ณภัทร วันชัย, ชลธิชา บุญบรรจง, ญาสุมินทร์ พลเทพ, และคณะ. ผลของการใช้สื่อการเรียนรู้แอพพลิเคชั่นเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(3):98-105.
11. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175–91.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. National Institute for Emergency Medicine. Emergency first aid and basic CPR. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2020.
15. บัวบาน ปักการะโต, สหัศถญา สุขจำนงค์ และอนุชิต สิ้วอินท์. การพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบ 4 ขั้นตอนของประชาชนในชุมชนตำบลหัวดง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(3):47-57.
16. ยุพาวดี ใจบุญ, มิตา สูคีรีม, รอยมี่ หะยีดาโอะ, รอยฮานนะห์ แดงหนำ, รินรดา เขียวจินดา, อนีต้า เจ๊ะเล๊าะ, และคณะ.ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2568;4(1):16-27.
17. Ko JS, Kim SR, Cho BJ. The effect of cardiopulmonary resuscitation education on knowledge, attitudes, self-efficacy, and confidence among elementary school students. Healthcare (Basel). 2023;11(14):2047.
18. รัตติกาล เรืองฤทธิ์, ปรียา แก้วพิมล, กิตติพงศ์ เซ่งลอยเลื่อน. ความรู้ทักษะและความมั่นใจในสมรรถนะของตนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (เออีดี : AED) ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2564;13(2):125-141.
19. สืบตระกูล ตันตลานุกูล และพรกมล วิศว์วิสุทธิ์. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2568;12(2):e283328.
20. พิชญา ทองโพธิ์ และกิ่งแก้ว อุดมชัยกูล. ผลของโปรแกรมอบรมการช่วยชีวิตต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยชีวิตและความสามารถในการกดหน้าอกของนักศึกษาพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2563;26(1):107-121.
21. พิริพัฒน์ เตชะกันทา, ภูมินทร์ ดวงสุริยะ และสุชาติ เครื่องชัย. ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2566;10(2):179-190.

การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และญาติสายตรง ในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ

Development of a BRCA1/BRCA2 Genetic Screening System for Breast Cancer Patients and Their First-Degree Relatives at the Cancer Clinic, Samut Prakan Hospital.

(Received: May 16,2026 ; Revised: May 24,2026 ; Accepted: May 27,2026)

ปาลิกา หุ่นไทย[1]
Palika Hunthai[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ และเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของระบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรงที่เข้ารับบริการในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 136 ราย การดำเนินงานครอบคลุมการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการติดตามผลภายใต้ระบบ One Stop Service

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบ สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรงที่ได้รับการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.48 เป็นร้อยละ 96.15 มีผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมจำนวน 136 ราย โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน 125 ราย และญาติสายตรงจำนวน 11 ราย ระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการได้รับผลตรวจลดลงจากเฉลี่ยประมาณ 45 วัน เหลือประมาณ 21 วัน อัตราการดำเนินการครบถ้วนตามกระบวนการคัดกรองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.15 ผลการตรวจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2 จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 และพบผล Variant of Uncertain Significance (VUS) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ขณะที่ญาติสายตรงพบการกลายพันธุ์จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.89, SD = 0.32) และผู้ป่วยรวมถึงญาติสายตรงมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{x}$ = 4.97, SD = 0.17)

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2, มะเร็งเต้านม, การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม

ABSTRACT

This study aimed to develop a BRCA1/BRCA2 genetic screening system at the Cancer Clinic, Samut Prakan Hospital, and to evaluate the performance of the developed system using a Research and Development (R&D) approach. The study was conducted from February 2023 to June 2025. The participants consisted of 136 breast cancer patients and first-degree relatives receiving services at the Cancer Clinic, Samut Prakan Hospital. The developed system included target population selection, genetic counseling, laboratory testing, and follow-up management under a One Stop Service model.

The results demonstrated that, following system implementation, the proportion of breast cancer patients and first-degree relatives receiving BRCA1/BRCA2 screening according to established criteria increased from 15.48% to 96.15%. A total of 136 individuals received genetic counseling, including 125 breast cancer patients who underwent laboratory testing and 11 first-degree relatives. The average turnaround time from screening to receipt of test results was reduced from approximately 45 days to 21 days. The rate of complete adherence to the screening pathway increased to 96.15%. Among breast cancer patients, pathogenic BRCA1/BRCA2 mutations were identified in 10 cases (8%), while Variant of Uncertain Significance

[1] นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

(VUS) results were detected in 5 cases (4%). Among first-degree relatives, BRCA1/BRCA2 mutations were identified in 6 individuals (54.5%). In addition, healthcare personnel demonstrated the highest level of satisfaction with the system ($\bar{x}$ = 4.89, SD = 0.32), and patients and first-degree relatives also reported the highest level of satisfaction ($\bar{x}$ = 4.97, SD = 0.17).

Key word: BRCA1/BRCA2 genetic screening, Breast cancer, Genetic counseling

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 77 ภายในระยะเวลา 25 ปีข้างหน้า โดยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับต้นของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในสตรี[1] สำหรับประเทศไทย มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากร โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 140,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 83,000 รายต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 227 คน[2] มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรีไทย โดยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 17,742 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 49 ราย และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำและการแพร่กระจายสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพของประเทศ[3] หลักฐานทางวิชาการยืนยันว่า มะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่บางส่วนมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยเฉพาะการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม tumor suppressor genes ที่ทำหน้าที่หลักในการซ่อมแซม DNA และดำรงเสถียรภาพของสารพันธุกรรมในเซลล์[4] ผู้ที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงถึงร้อยละ 60–72 และมะเร็งรังไข่สูงถึงร้อยละ 44–48 ส่วนผู้ที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA2 มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมร้อยละ 55–69 และมะเร็งรังไข่ร้อยละ 17–20 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 12–13 และมะเร็งรังไข่ร้อยละ 1.1 เท่านั้น[5] นอกจากนี้ การกลายพันธุ์ของยีน BRCA ยังมีความสัมพันธ์กับมะเร็งต่อมลูกหมากในเพศชาย มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งลำไส้ใหญ่อีกด้วย[6]

การตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม ซึ่งสามารถนำไปใช้วางแผนการรักษา การเฝ้าระวัง และการป้องกันการเกิดมะเร็งในผู้ป่วยและญาติสายตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7] การศึกษาด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทของประเทศไทยพบว่า อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 อยู่ที่ 41,791 บาทต่อปีสุขภาวะ (QALY) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมความเสี่ยงสูง และ 17,637 บาทต่อปีสุขภาวะในกลุ่มญาติสายตรง ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ความคุ้มค่าของประเทศไทยที่กำหนดไว้ที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ จึงถือว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อย่างชัดเจน[8] ด้วยเหตุนี้ ในปี พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้ประกาศบรรจุการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 เป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนการป้องกันมะเร็งเต้านมในระดับทุติยภูมิ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกของแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2567–2575[9] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจาก สปสช. ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 พบว่า มีการส่งตรวจทั่วประเทศเพียง 420 ตัวอย่าง จากกลุ่มเป้าหมาย 2,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.48 เท่านั้น โดยเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดสมุทรปราการยังไม่พบการดำเนินงานตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 อย่างเป็นระบบแต่อย่างใด[10] ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนถึงอุปสรรคเชิงระบบที่ยังคงมีอยู่ในการให้บริการด้านเวชพันธุศาสตร์

ระดับโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม ความซับซ้อนของกระบวนการส่งตรวจที่ต้องประสานงานหลายหน่วยงาน ปริมาณเอกสารที่เกี่ยวข้องในการตรวจแต่ละครั้ง ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทั้งในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน[11] งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การจัดระบบบริการตรวจคัดกรองยีนร่วมกับการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม (genetic counseling) ที่มีโครงสร้างชัดเจน ครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร กระบวนการให้บริการ และช่องทางการเข้าถึง สามารถเพิ่มอัตราการตรวจ ลดความซ้ำซ้อนของขั้นตอน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิผล[12] แต่ยังไม่มีรายงานรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในบริบทของภูมิภาคที่มีความหนาแน่นของประชากรสูงอย่างจังหวัดสมุทรปราการ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรงในรูปแบบ One Stop Service ณ คลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ และประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้นในด้านปริมาณการเข้าถึงบริการ ผลการตรวจพบความผิดปกติทางพันธุกรรม และความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติสายตรงที่ใช้บริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง ในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. เพื่อประเมินผลระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง ในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติสายตรงต่อระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และจัดตั้งระบบ (กุมภาพันธ์–ธันวาคม 2566) ระยะที่ 2 การนำระบบไปใช้จริง (ธันวาคม 2566–ตุลาคม 2567) และระยะที่ 3 การพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องและประเมินผล (พฤศจิกายน 2567–มิถุนายน 2568) การออกแบบการวิจัยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับบริการในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ รวมถึงญาติสายตรง (first-degree relatives) ของผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2 ในช่วงระหว่างวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและเกณฑ์สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมก่อนการตรวจ (pre-genetic test counseling) จำนวนทั้งสิ้น 141 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ที่ผ่านเกณฑ์การตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 และได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบถ้วน จำนวน 136 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 125 ราย และ (2) ญาติสายตรงของผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2 จำนวน 11 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม และเข้ารับบริการในคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ อายุน้อยกว่า 45 ปี, มะเร็งเต้านมชนิด Triple Negative, ผู้ป่วยเพศชาย, หรือมีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่

3. ญาติสายตรงของผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (informed consent)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่เข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้สำหรับการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2

2. ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัย

3. ข้อมูลทางคลินิกหรือผลห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วน

4. มีข้อจำกัดด้านสุขภาพที่แพทย์พิจารณาว่าไม่เหมาะสมต่อการตรวจคัดกรอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย

- ระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1 / BRCA2 ที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมกระบวนการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมก่อนและหลังการตรวจ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรายงานผล และการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบ One Stop Service

- แนวทางการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม (Genetic Counseling Guideline) ที่กำหนดมาตรฐานการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจ ครอบคลุมการให้ข้อมูลความเสี่ยงทางพันธุกรรม ความหมายของผลตรวจ และแนวทางการดูแลรักษาต่อเนื่อง

- แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ใช้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและญาติสายตรง ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ประเภทของมะเร็งเต้านม ข้อบ่งชี้ในการตรวจ และผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ประกอบด้วย

- แบบประเมินผลการดำเนินงานของระบบประเมินตามกรอบแนวคิด Structure–Process–Outcome ครอบคลุมตัวชี้วัดด้านความครอบคลุมการเข้าถึงบริการ ความครบถ้วนของกระบวนการ และความต่อเนื่องของการดูแล

- แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ แบ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและญาติสายตรง จำนวน 14 ข้อ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้รับการประเมินความเหมาะสมใน 4 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ โดยได้คะแนนเฉลี่ยในทุกด้านมากกว่า 3.50 จากคะแนนเต็ม 5.00 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ และแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทางคลินิกและการให้บริการ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ข้อบ่งชี้ในการตรวจ ผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 และการติดตามดูแลต่อเนื่อง

2. ข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานของระบบ ดำเนินการตามกรอบแนวคิด Structure–Process–Outcome โดยพิจารณาตัวชี้วัด ได้แก่ ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ ความครบถ้วนของกระบวนการตรวจคัดกรอง และความต่อเนื่องของการดูแลรักษา ข้อมูลทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยก่อนนำไปวิเคราะห์

3. ข้อมูลความพึงพอใจ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ระบบ จำนวน 35 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 10 คน และนักเทคนิคการแพทย์ 23 คน เภสัชกร 1 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรงที่เข้ารับบริการ จำนวน 38 คน โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเองภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการครบกระบวนการ และรวบรวมคืนทันทีเพื่อความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ และผลการตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2

2. การประเมินคุณภาพระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ John W. Best (Best, 1977) กำหนดว่าหากคะแนนเฉลี่ยทุกด้านมากกว่า 3.50 จากคะแนนเต็ม 5.00 ถือว่าระบบมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้จริง การประเมินระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการใช้เกณฑ์การแปลผลเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50–5.00 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด 3.50–4.49 หมายถึงพึงพอใจมาก 2.50–3.49 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง 1.50–2.49 หมายถึงพึงพอใจน้อย และ 1.00–1.49 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดำเนินการด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตามเอกสารรับรองที่ Tq00369 เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2566 หมดอายุวันที่ 21 ตุลาคม 2567 ได้รับการต่ออายุการรับรองจริยธรรมครอบคลุมตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2567 หมดอายุวันที่ 21 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ส่วนที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพและความพึงพอใจต่อระบบ และส่วนที่ 3 ผลการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

การวิเคราะห์สถานการณ์โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง 28 คน จากโรงพยาบาลในเครือข่ายความร่วมมือ 7 แห่ง พบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคทั้งภายในและภายนอก ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบุคลากร พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม (genetic counseling) ในปริมาณที่น้อยมากเมื่อเทียบกับปริมาณผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (2) ด้านกระบวนการ พบว่ากระบวนการค้นหาและติดตามผู้ป่วยทำได้ยากเนื่องจากเกณฑ์ข้อบ่งชี้มีหลายเงื่อนไขและเข้าใจยาก รวมถึงกระบวนการดำเนินงานมีหลายขั้นตอนและต้องประสานงานหลายหน่วยงาน (3) ด้านเทคนิควิธีการ พบว่าระยะเวลาตั้งแต่การเก็บตัวอย่างจนถึงการรายงานผลใช้เวลานาน และ (4) ด้านการประชาสัมพันธ์ พบว่าการเผยแพร่ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ยังไม่ทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยและญาติสายตรงไม่ทราบสิทธิ์ที่พึงได้รับ

2. ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย (1) การติดต่อผู้ป่วยทำได้ยากเนื่องจากต้องใช้เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลเท่านั้น และ (2) ผู้ป่วยและญาติสายตรงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความจำเป็นของการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 โดยส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

ระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ที่พัฒนาขึ้น

ระบบที่พัฒนาขึ้นดำเนินการบนหลักการ "ถึงตัว ถึงใจ ถึงเป้า" โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ดังนี้

1. การประชาสัมพันธ์เชิงรุก กำหนดเนื้อหาที่กลุ่มเป้าหมายต้องได้รับทราบ 4 ประเด็น ได้แก่ สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการตรวจ ข้อบ่งชี้ในการตรวจหาความผิดปกติทางพันธุกรรม ความจำเป็นและประโยชน์ของการตรวจ และช่องทางการติดต่อคลินิก โดยใช้สื่อหลากหลายรูปแบบผ่านช่องทาง ได้แก่ สื่อวีดีทัศน์ผ่าน Facebook และ TikTok การ์ดประชาสัมพันธ์ผ่าน Line และ Facebook ป้ายประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นสื่อบุคคล

2. คลินิกออนไลน์ เปิดช่องทางให้ผู้ป่วยและประชาชนที่สงสัยว่าตนเองควรได้รับการตรวจสามารถติดต่อเพื่อรับคำปรึกษาและคัดกรองเบื้องต้นได้ทางออนไลน์และโทรศัพท์ โดยแบ่งผลการคัดกรองออกเป็น 2 กรณี คือ กรณีไม่เข้าเกณฑ์ให้คำแนะนำตามแนวทางประชากรทั่วไป และกรณีเข้าเกณฑ์ให้นัดเข้ารับบริการที่คลินิกมะเร็งอาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 4 โรงพยาบาลสมุทรปราการ

3. กระบวนการตรวจคัดกรองยีนดำเนินการในรูปแบบ One Stop Service ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมก่อนการตรวจ (pre-genetic test counseling) การลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม การซักประวัติครอบครัวและสร้างพงศาวลี การเจาะเลือด 3 มิลลิลิตรใส่หลอด EDTA การส่งตรวจด้วยเทคนิค Next Generation Sequencing (NGS) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ Sanger Sequencing สำหรับญาติสายตรง รวมถึงการแจ้งผลและให้คำปรึกษาหลังการตรวจ (post-genetic test counseling) โดยกรณีผลบวกจะนัดพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา และกรณีผลลบแจ้งผลโดยผู้ให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม

ผลการตรวจสอบและรับรองระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมินระบบใน 4 ด้าน พบว่าทุกองค์ประกอบได้รับคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.50 จากคะแนนเต็ม 5.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์การรับรอง

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ระบบ จำนวน 35 คน มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.89, SD = 0.32)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติสายตรง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง จำนวน 38 คน มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.97, SD = 0.17)

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2

ปริมาณการเข้ารับบริการ ในช่วงระหว่างวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 มีผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมก่อนการตรวจ (pre-genetic test counseling) ทั้งสิ้น 141 ราย โดยมีผู้ผ่านเกณฑ์และได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 136 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้าเกณฑ์การตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 จำนวน 125 ราย และญาติสายตรงของผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ จำนวน 11 ราย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์และผลการตรวจ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย	Pre-Genetic Test Counseling (ราย)	ส่งตรวจ (ราย)	Post-Genetic Test Counseling (ราย)	ผลผิดปกติ (ราย)	ร้อยละ
อายุ < 45 ปี	57	57	50	3	5.3
มะเร็งในครอบครัว	10	5	5	0	0
Triple Negative	62	62	54	7	11.3
มะเร็งเต้านมในเพศชาย	1	1	1	0	0
ญาติสายตรง	11	11	11	6	54.5
รวม	**141**	**136**	**121**	**16**	**ไม่คำนวณ**

หมายเหตุ: *ร้อยละของผลผิดปกติคำนวณจากจำนวนผู้ที่พบผลผิดปกติเทียบกับจำนวนผู้ที่ได้รับการส่งตรวจในแต่ละกลุ่ม จึงไม่คำนวณร้อยละในแถวรวม เนื่องจากแต่ละกลุ่มมีลักษณะประชากรและ denominator แตกต่างกัน*

ผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 125 ราย ด้วยเทคนิค Next Generation Sequencing พบผลการตรวจดังนี้ ผลปกติ (Negative) จำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 88 พบการกลายพันธุ์แบบก่อโรค (Pathogenic variant) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 และพบผลคลุมเครือ (Variant of Uncertain Significance: VUS) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ในกลุ่มที่พบการกลายพันธุ์ 10 ราย พบเป็นการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 จำนวน 5 ราย และยีน BRCA2 จำนวน 5 ราย เมื่อพิจารณาตามชนิดของมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิด Triple Negative มีอัตราการพบการกลายพันธุ์สูงที่สุด โดยพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 จากผู้ป่วย Triple Negative ทั้งหมด 62 ราย และพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA2 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 จากผู้ป่วย Triple Negative ทั้งหมด 62 ราย รองลงมาคือผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี โดยพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8 จากผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปีทั้งหมด 57 ราย และพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA2 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.5 จากผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปีทั้งหมด 57 ราย ลักษณะการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 ที่พบ ได้แก่ Nonsense mutation จำนวน 3 ราย Frameshift deletion จำนวน 1 ราย และ Missense mutation จำนวน 1 ราย ส่วนการกลายพันธุ์ของยีน BRCA2 ที่พบ ได้แก่ Frameshift deletion จำนวน 4 ราย และ Missense mutation จำนวน 1 ราย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ผลการตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

BRCA1 Mutation	Function Change	N	ร้อยละ
NM_007294.4:c.3748G>T, p.(Glu1250Ter) Exon10 rs28897686	Nonsense	1	20
NM_007294.4:c.5511G>T, p.(Trp1837Cys) Exon23 rs80356914	Missense	1	20
NM_007294.4:c.3181delA, p.(Ile1061Ter) Exon10 rs80357702	Nonsense	1	20
NM_007294.4:c.1889delA, p.(Asn630Ilefs*2) Exon10 rs1597873542	Frameshift deletion	1	20
NM_007294.4:c.5251C>T, p.(Arg1754Ter) Exon19 rs80357123	Nonsense	1	20

หมายเหตุ: *ร้อยละคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่พบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 ทั้งหมด 5 ราย*

ตารางที่ 6 ผลการตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

BRCA2 Mutation	Function Change	N	ร้อยละ
NM_000059.4:c.22_23delAG, p.(Arg8Alafs*5) Exon2 rs397507623	Frameshift deletion	1	20
NM_000059.4:c.227delA, p.(Lys776Argfs*7) Exon11 rs159896647	Frameshift deletion	1	20
NM_000059.4:c.6531_6534delTCAT, p.(Ile2177Metfs*13) Exon11 rs397507865	Frameshift deletion	1	20
NM_000059.4:c.1399_1402delAAGA, p.(Lys467Glufs*17) Exon10 rs398122726	Frameshift deletion	1	20
NM_000059.4:c.91T>G, p.(Trp31Gly) Exon3 rs80359182	Missense	1	20

หมายเหตุ: *ร้อยละคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่พบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA2 ทั้งหมด 5 ราย*

ผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในญาติสายตรงญาติสายตรงของผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ จำนวน 11 ราย ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธี Sanger Sequencing พบผลผิดปกติมีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 และผลปกติ (Wild type) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5

ผลการตรวจ Variant of Uncertain Significance (VUS) พบจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 4) โดยเป็นการกลายพันธุ์แบบ Missense ของยีน BRCA2 จำนวน 4 ราย และยีน BRCA1 จำนวน 1 ราย ซึ่งพบในตำแหน่ง Exon 10, Exon 15 และ Exon 18 ของยีน BRCA1/BRCA2 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการส่งต่อเพื่อติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง ในรูปแบบ One Stop Service ณ คลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า ระบบการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ที่พัฒนาขึ้นบนหลักการ "ถึงตัว ถึงใจ ถึงเป้า" ประกอบด้วยกระบวนการประชาสัมพันธ์เชิงรุก คลินิกออนไลน์ และการให้บริการแบบ One Stop Service มีผลการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในทุกด้านที่ระดับมากถึงมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.33–5.00) แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Jang

et al. ~~(2024)~~[13] ที่ศึกษาผลของการขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพแห่งชาติและบทบาทของที่ปรึกษาทางพันธุกรรมต่ออัตราการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ Samsung Medical Center ประเทศเกาหลีใต้ พบว่าภายหลังการขยายความคุ้มครองประกันสุขภาพและการเพิ่มที่ปรึกษาทางพันธุกรรม อัตราการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิด Triple Negative และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเพื่อตรวจเพิ่มเติมก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นหลักฐานสนับสนุนว่าการพัฒนาระบบที่มีโครงสร้างชัดเจนและการบูรณาการนโยบายสิทธิประโยชน์เข้ากับกระบวนการให้บริการ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองยีนได้อย่างมีประสิทธิผล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลิยา วามะลุน และคณะ[11] ที่ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์มะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งพบว่ารูปแบบการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์โรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร และด้านระบบบริการ โดยการให้คำปรึกษาที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ แนวทางการรักษา และการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของระบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ผลการตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2 การวิจัยครั้งนี้พบอัตราการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2 ร้อยละ 8 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีข้อบ่งชี้ และร้อยละ 4 เป็นผล VUS โดยพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 จำนวนเท่ากัน (อย่างละ 5 ราย) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของ Abulkhair et al.[14] ที่ประเทศซาอุดิอาระเบีย ซึ่งตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมความเสี่ยงสูง 310 ราย พบการกลายพันธุ์รวมร้อยละ 12.9 โดยพบ BRCA1 ร้อยละ 11 และ BRCA2 ร้อยละ 2 และพบ VUS ร้อยละ 15 ซึ่งอัตราการพบการกลายพันธุ์ที่สูงกว่าการวิจัยครั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางชาติพันธุ์และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงกว่า อย่างไรก็ตาม ทั้งสองการศึกษาพบว่ามะเร็งเต้านมชนิด Triple Negative มีความสัมพันธ์กับการกลายพันธุ์ของยีน BRCA สูงที่สุด และ Yildiz Tacar et al.[15] ที่ใช้เทคนิค Next Generation Sequencing ตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 287 ราย ที่ประเทศตุรกี พบผู้ป่วยที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2 จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.4 และรายงานว่าเทคนิค NGS มีประสิทธิภาพสูงในการตรวจหาการกลายพันธุ์ทั้งแบบ novel และ known mutations ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่ใช้เทคนิค NGS เป็นวิธีการตรวจหลักในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษาของ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์[12] ที่พัฒนารูปแบบการคัดกรองพันธุกรรมเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่แบบมุ่งเป้า (Precision Medicine) ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ พบว่าการพัฒนาระบบบริการด้านเวชพันธุศาสตร์ที่มีโครงสร้างชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสามารถเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบที่บูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองได้ และการพบการกลายพันธุ์ในมะเร็งเต้านมชนิด Triple Negative สูงกว่าชนิดอื่น การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิด Triple Negative มีอัตราการพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2 สูงที่สุด (ร้อยละ 11.3) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี (ร้อยละ 5.3) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Abulkhair et al.[14] ที่พบว่า Triple Negative คิดเป็นร้อยละ 86 ของผู้ป่วยที่มีการกลายพันธุ์ BRCA ทั้งหมด และสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสากลที่ระบุให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้า

นมชนิด Triple Negative ทุกรายทุกช่วงอายุเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ (1) ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก โดยเฉพาะในกลุ่มญาติสายตรง จำนวน 11 ราย ทำให้ไม่สามารถสรุปผลเชิงสถิติได้อย่างชัดเจน (2) การวิจัยดำเนินการในโรงพยาบาลเดียว อาจไม่สามารถนำผลไปใช้ได้ครอบคลุมกับโรงพยาบาลในบริบทอื่น (3) ระยะเวลาติดตามผลยังสั้น ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของการเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดมะเร็งในกลุ่มผู้ที่มีการกลายพันธุ์ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม เพื่อรองรับปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น

2. ควรปรับปรุงกระบวนการให้บริการให้มีความกระชับและรวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อลดภาระและความกังวลของผู้รับบริการ

3. ควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 นำระบบที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองยีน BRCA1/BRCA2 ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารสองทาง (two-way communication) แบบเรียลไทม์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและที่ปรึกษาทางพันธุกรรมได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและในหลายโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนของผลการวิจัย

2. ควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อัตราการเกิดมะเร็งใหม่ในกลุ่มญาติสายตรงที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการเฝ้าระวังและป้องกัน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทุกด้านตลอดระยะเวลาการทำวิจัยนี้ ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญและคณาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางการวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของบทความอย่างต่อเนื่องท้ายที่สุดนี้ ขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูลอันมีคุณค่า ซึ่งทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. Geneva: WHO; 2024.

2.ภัทระ คำพิทักษ์. กรมการแพทย์เผยคนไทยป่วยมะเร็งรายใหม่ปีละ 1.4 แสนคน เสียชีวิต 8.3 หมื่นคน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/02/29679

3.พงษ์สุรี จีราวัฒนรักษ์. สธ.ห่วงหญิงไทยถูกมะเร็งเต้านมคุกคาม ตกเป็นเหยื่อ 1.7 หมื่นคน/ปี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: ThaiHealth

4.มานพ พิทักษ์ภากร. ความรู้พื้นฐานของยีนต้านมะเร็ง BRCA1 และ BRCA2. ใน: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส; 2565. หน้า 1-4.

5.พิชชาพร ไพโรจน์, เศรษฐวัฒก์ เศรษฐเสถียร. Hereditary breast and ovarian cancer syndrome (HBOC): กลุ่มโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม. สูติศาสตร์ล้านนา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น 15 พ.ค. 2567]. Available from: สูติศาสตร์ล้านนา

6.วสันต์ จันทราทิตย์, นรีนาถ เอี่ยมวิมังสา. มะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Hereditary breast and ovarian cancer syndrome; HBOC). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2567.

7.Shulman LP. Hereditary breast and ovarian cancer (HBOC): clinical features and counseling for BRCA1 and BRCA2, Lynch syndrome, Cowden syndrome, and Li-Fraumeni syndrome. Obstet Gynecol Clin North Am. 2010;37(1):109-33.

8.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, มานพ พิทักษ์ภากร, นริสา ตัณฑัยย์, ศตนันทน์ มณีอ่อน, พงศ์ธวัช เลิศวิลัยวิทยา. การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ เพื่อตรวจหาผู้ที่เป็นมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมในประเทศไทย. นครปฐม: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.

9.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2567-2575. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2567.

10.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการกำหนดมาตรฐานการตรวจพันธุกรรมและการแปรผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2566.

11.Wamalun C, Tubtimhin S, Suphattakorn P, Manutsa B, Boonmana T. Situation and development of genetic counseling models for breast cancer at Ubon Ratchathani Cancer Hospital. Journal of Health Systems Research. 2024;18(4):545-66.

12.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองพันธุกรรมเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่แบบมุ่งเป้า (Precision Medicine). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2566.

13.Jang SY, Kwak Y, Choi JY, et al. The effects of national insurance coverage expansion and genetic counseling's role on BRCA1/2 mutation tests in breast cancer patients. Cancers. 2024;16(10):1865. doi:10.3390/cancers16101865

14.Abulkhair O, Al Balwi M, Makram O, et al. Prevalence of BRCA1 and BRCA2 mutations among high-risk Saudi patients with breast cancer. J Glob Oncol. 2018;4:1-9. doi:10.1200/JGO.18.00066.

15.Yildiz Tacar S, Bozgeyik E, Seber ES, et al. Next generation sequencing analysis of BRCA1 and BRCA2 identifies novel variations in breast cancer. Life Sci. 2020;261:118334. doi:10.1016/j.lfs.2020.118334.

การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร

Development of a Community-Based Health System Model for Fall Prevention among the Elderly in Yasothon Province.

(Received: May 16,2026 ; Revised: May 24,2026 ; Accepted: May 27,2026)

สัญชาติ พลมีศักดิ์[1] นริศรา อารีรักษ์[2] ถนอม นามวงศ์[3]
Sunchart Phonmeesak[1] Narisara Arrirak[2] Thanom Namwong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร ดำเนินการวิจัยเดือนระหว่างเดือนมิถุนายน 2568–พฤษภาคม 2569 มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนต้นแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นในตำบลนำร่อง และ 4) การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed-rank test และ McNemar test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงข้อมูล การติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน ขณะที่ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบสำคัญ ต่อมาสังเคราะห์และปรับให้เหลือ 5 องค์ประกอบหลักเพื่อให้เหมาะสมต่อการขยายผลเชิงนโยบาย ผลการทดลองใช้พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รู้จักและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพชุมชน; การป้องกันการพลัดตกหกล้ม; ผู้สูงอายุ; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and evaluate a community-based health system model for falls prevention among the elderly in Yasothon Province, Thailand. The study was conducted from June 2025 to May 2026 using a four-phase research and development process: 1) problem situation analysis, 2) development of a prototype community health system, 3) pilot implementation in a selected subdistrict, and 4) refinement of the developed system. Participants included the elderly and community stakeholders. Data were collected through questionnaires, interviews, focus group discussions, and workshops. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the McNemar test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings indicated that fall prevention efforts were constrained by limited data integration, discontinuity of care, and insufficient interagency collaboration. The elderly also faced health, behavioral, and home environmental risk factors. The developed community health system initially consisted of 10 components and was later synthesized into 5 core components to support policy-level expansion. After implementation, the elderly demonstrated significantly improved knowledge and preventive behaviors related to fall prevention, home

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
[3] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Corresponding author : Thanom Namwong, Email: thanom@scphub.ac.th

environmental management, and access to emergency medical services compared with before the intervention (p-value < 0.05).

Keywords: Community Health System; Fall Prevention; Elderly; Participatory Action Research

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” โดยในปี พ.ศ. 2568 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 14.0–14.5 ล้านคน (ร้อยละ 21 - 22) และมีแนวโน้มเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในช่วงปี พ.ศ. 2578–2583 อันเป็นผลจากอัตราการเกิด ที่ลดลงต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 มีโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และมีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงประมาณ 1.4–1.6 ล้านคน (ร้อยละ 10–11) ซึ่งมักเกิดจากโรคเรื้อรังร่วม ความเสื่อมถอยตามวัย และการพลัดตกหกล้มที่นำไปสู่กระดูกสะโพกหัก [1,2] การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง โดยเฉพาะภาวะกระดูกสะโพกหัก หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่การเสียชีวิตหรือสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน นำไปสู่ภาวะพึ่งพิง และเกิดปัญหาทางจิตใจ อีกทั้งยังเพิ่มภาระต่อครอบครัว สังคม และระบบสุขภาพ[3]

จังหวัดยโสธรเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากสังคมสูงวัย โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 17.8 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 21.7 ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งมีผู้สูงอายุ 113,370 คน จากประชากรทั้งหมด 521,677 คน การคัดกรองพบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2566[4] พบร้อยละ 5.5 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2567[5] พบร้อยละ 10.6 ซึ่งการเกิดกระดูกสะโพกหักส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 14.9 - 23.2 และทำให้สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย[6] ปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มครอบคลุมทั้งด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติหกล้ม ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมองเห็น การทรงตัว การใช้ยา ด้านพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกาย และด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน ได้แก่ แสงสว่าง ลักษณะพื้นบ้าน เป็นต้น[6,7,8,9]

ที่ผ่านมาจังหวัดยโสธร ได้ดำเนินการเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการดำเนินงานในภาพรวมมีแนวโน้มที่ดี ทั้งการเข้าถึงการคัดกรอง การได้รับความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม โดยผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 95.5 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มหรือกระดูกสะโพกหักในระดับมาก ร้อยละ 88.1 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย ร้อยละ 63.6 การ admitted ในหอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 89.0 ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงหลัง admitted ร้อยละ 72.4[5] ผลการดำเนินงานดังกล่าวสะท้อนว่า ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมสามารถดำเนินการได้ดี อย่างไรก็ตาม ยังพบจุดที่เป็นปัญหาหรือทำผลงานได้ไม่ดีนัก (Pain Point) ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยฉุกเฉินเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างต่ำ รวมถึงข้อจำกัดของระบบสุขภาพชุมชนที่ยังขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการเชิงระบบ ปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า “ระบบสุขภาพชุมชน” หรือระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) ยังเป็นกลไกสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีความยืดหยุ่น และตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำแนวปฏิบัติที่ดีจากพื้นที่ต้นแบบไปขยายผลตำบลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความครอบคลุม ต่อเนื่อง และยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ[5]

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ และภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการคัดกรอง ป้องกัน ฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่องอย่างบูรณาการ

เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนถึงสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอน[5] อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการดูแลมิติอื่น ๆ ซึ่งมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันหลายหน่วยงาน เพื่อดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ แต่ยังขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม มีความพยายามส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเอง (Community-based managements) ซึ่งประสบความสำเร็จในระยะสั้นและในบางพื้นที่ แต่ยังขาดความยั่งยืนและการขยายผลในวงกว้าง[10,11,12]

ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุคำตอบจึงอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน เนื่องจากเครือข่ายในชุมชนนั้นมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มาตรการแก้ไขปัญหาที่มาจากฐานของชุมชนจะมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพนั้นมีความยั่งยืน โดยผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรของรัฐมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานและรับผิดชอบร่วมกัน[11]

จากเหตุผลและความจำเป็นดังที่กล่าวถึงข้างต้น จึงได้พัฒนาโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร ขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมและขยายผลในวงกว้าง ตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันในชุมชน และเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าสู่การรักษาได้อย่างรวดเร็วตลอดจนรับกลับมาดูและรักษาต่อที่บ้านอย่างมีคุณภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมและการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับเชิงนโยบายและพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

2) เพื่อพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

3) เพื่อประเมินผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

4) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มุ่งวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พื้นที่จังหวัดยโสธร

ขั้นตอนการวิจัย มีอยู่ 4 ระยะ เนื่องจากการวิจัยมีหลายขั้นตอน จึงขอนำเสนอประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ไปตามแต่ละขั้นตอนของการวิจัยรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ดำเนินการในเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2568 ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลนำเข้า ที่ครบถ้วนและรอบด้านของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการทบทวนเอกสาร ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์บริบทต้นทุน สภาพปัญหาการดำเนินงาน และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดยโสธร และศึกษาฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต้นแบบ ดำเนินการในเดือน สิงหาคม-กันยายน 2568 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้เป็นต้นแบบหรือกรอบการดำเนินงาน (blueprint) สำหรับขยายผลในพื้นที่นำร่อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการสังเคราะห์องค์

ความรู้จากระยะที่ 1 เพื่อออกแบบและตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569 เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการใน 3 พื้นที่ (multi-site) ซึ่งเป็น 3 ตำบล นำร่อง ได้แก่ 1) ตำบลขุมเงิน อำเภอเมืองยโสธร 2) ตำบลบึงแก อำเภอมหาชนะชัย และ 3) ตำบลไผ่ อำเภอทรายมูล ซึ่งเป็นพื้นอำเภอขนาดใหญ่ ปานกลาง และเล็ก และเลือกตำบลที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย แต่ละตำบลทำหน้าที่เป็นหน่วยของการทดลอง (cluster) และดำเนินการอย่างอิสระจากกัน ทั้งนี้มีการเก็บข้อมูลในระดับบุคคลก่อนและหลังการดำเนินงาน เพื่อประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนในพื้นที่ 3 ตำบลนำร่อง และผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทุกคนที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่นำร่อง 3 ตำบล 542 คน

ตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) แกนนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ 3 ตำบลนำร่อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ตำบลละ 17 คน ซึ่งมีรายละเอียดเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2) แกนนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับพื้นที่ของระยะที่ 1

2) ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power[13] โดยกำหนดกลุ่มของสถิติ (Test Family) เลือก t-test, Statistic test เลือก Mean: difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดการทดสอบสมมุติฐาน 2 ทาง (2-tailed) ระบุค่าพารามิเตอร์ (Input Parameter) ได้แก่ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power test) เท่ากับร้อยละ 90 หรือ 0.9 ค่าอัลฟา (Alpha; α) เท่ากับ 0.05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งคาดว่า intervention มีผลพอสมควรแต่ไม่มาก จึงกำหนดที่ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ คือ เท่ากับ 0.4[14] ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 54 ราย และเพิ่มขนาดตัวอย่างกรณีตัวอย่างขอถอนตัวหรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการอีกร้อยละ 30 หรือกลุ่มละ 16 ราย ขนาดตัวอย่างในขั้นตอนสุดท้าย คือ ตำบลละ 70 ราย

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยโปรแกรม Excel จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ขณะทำการวิจัย และ 2) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 2) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของเขตสุขภาพที่ 10[5] และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมี 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อมูล มี 13 ข้อ 2) โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 8 ข้อ 3) แบบวัดความรู้ คำตอบเป็นแบบถูก-ผิด และแบบให้เลือกตอบ มี 14 ข้อ 4) พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 อันดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มี 9 ข้อ 5)ประวัติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 9 ข้อ และ 6) การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 ข้อ

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ดำเนินการในเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2569 โดยนำผลการดำเนินงานจากระยะก่อนหน้า ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาใช้ในการทบทวน วิเคราะห์ และปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมกับบริบท

พื้นที่มากยิ่งขึ้น การดำเนินงานประกอบด้วยการสรุปผลและถอดบทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน เพื่อร่วมกันพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางปรับปรุงกิจกรรม กลไกการดำเนินงาน และกระบวนการประสานความร่วมมือ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบฉบับปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีการคืนข้อมูลและรับรองรูปแบบร่วมกันผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร พร้อมทั้งประกาศนโยบายเพื่อขยายผลระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกตำบลในจังหวัด

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ และผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ พร้อมกับจดบันทึกและบันทึกเทปอย่างละเอียด แบบสอบถามผู้สูงอายุดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นแกนนำ อสม. ในชุมชน ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ ใช้การสัมภาษณ์โดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Excel

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมเชิงปฏิบัติการ และเอกสารฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา ความต้องการพัฒนา และสรุปประเด็นจากการถอดบทเรียน ได้แก่ สิ่งที่ทำได้ดี ปัญหาและสิ่งท้าทาย และโอกาสพัฒนา

2) การสังเคราะห์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนต้นแบบ โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบที่เหมาะสมต่อการนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยดึงเอากิจกรรมหรือกลไกที่สำคัญ มาปรับให้สอดคล้องกับองค์ประกอบตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และประเด็นที่ได้จากการถอดบทเรียน

3) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และอัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม นิยามกลุ่มเสี่ยง หมายถึง มีความบกพร่องด้านการมองเห็น การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการกลั้นปัสสาวะ อย่างน้อย 1 ด้าน และเปรียบสัดส่วนเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองด้วย McNemar's test เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้อาการและสัญญาณเตือน พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และคะแนนการจัดสภาพบ้านด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นโค้งปกติ (Kolmogorov–Smirnov test < 0.05) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6866/2568 เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ข้อมูลการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้สูงอายุที่อยู่จริง 100,215 คน ได้รับการคัดกรอง 78,487 คน ร้อยละ 78.3 พบปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มมากที่สุด คือ การมองเห็นรองลงมา คือ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลั้นปัสสาวะ พบร้อยละ 21.1, 16.8, 9.3 และ 8.4 ตามลำดับ โดยในด้านการมองเห็น อำเภอมหาชนะชัย และอำเภอเมืองเป็นพื้นที่ที่พบปัญหามากที่สุด ร้อยละ 26.2 และ 23.6 ตามลำดับ ข้อมูลจาก HDC พบผู้สูงอายุเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.0 และโรคเบาหวานร้อยละ 25.6 และจากการ

ทบทวนเอกสารการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร พบผู้สูงอายุมีกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงถึงร้อยละ 21.1 มีความรอบรู้ด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มและกระดูกสะโพกหักในระดับมาก ร้อยละ 88.1 อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างด้านความรอบรู้รายด้าน โดยเฉพาะเรื่องการเลือกขนาดรองเท้าที่เหมาะสม ตอบถูกเพียง ร้อยละ 37.9 และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพียงร้อยละ 63.6 เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย ผู้สูงอายุเกรงใจลูกหลานไม่อยากให้เป็นภาระ และการไม่ทราบอาการสัญญาณเตือนที่แน่ชัด

จากการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและในพื้นที่ สะท้อนให้เห็นว่า จังหวัดยโสธร กำลังเผชิญผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน โดยเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัญหาการพลัดตกหกล้มกลายเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางหรือมีโรคเรื้อรังร่วม ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า แม้จังหวัดจะมีระบบคัดกรองและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังคงพบข้อจำกัดด้านการป้องกันเชิงรุก การเฝ้าระวังต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลรายหนึ่งกล่าวว่า “ตอนนี้ผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้นมาก เห็นชัดว่าปัญหาหกล้มเกิดบ่อยขึ้น โดยเฉพาะคนที่อยู่ลำพังหรือเดินไม่ค่อยไหว” “บางพื้นที่เห็นข่าวว่าหกล้มแล้วเสียชีวิตในห้องน้ำ” ขณะที่ อสม. ในพื้นที่สะท้อนว่า “หลายครอบครัวยังคิดว่าการหกล้มเป็นเรื่องปกติของคนแก่ ทำให้ไม่ได้ปรับบ้านหรือป้องกันล่วงหน้า” นอกจากนี้ ยังพบว่าการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับต่ำ โดยหน่วยกู้ชีพในระดับตำบลให้ข้อมูลระบุว่า “ผู้สูงอายุบางคนหกล้มแล้วไม่เรียกรถฉุกเฉิน เพราะเกรงใจลูกหลาน หรือคิดว่าเดี๋ยวก็หายเอง” อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังมองว่า ระบบสุขภาพชุมชนยังขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการเชิงระบบ โดยเฉพาะการติดตามกลุ่มเสี่ยงหลังการคัดกรองและการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งสะท้อนจากคำกล่าวว่า “เรามีการคัดกรองค่อนข้างดี แต่หลังจากนั้นการเอาผลการคัดกรองไปวางแผนแก้ไขปัญหา และการติดตามต่อเนื่องยังไม่เข้มแข็ง แต่ละหน่วยงานยังทำงานแยกส่วนกันอยู่”

ด้านความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้มีระบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการดูแลเชิงรุก การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังต้องการให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนถึงความจำเป็นของการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย และการมีระบบการดูแลต่อเนื่องหลังการคัดกรองหรือรักษา ตัวอย่างคำพูดผู้ให้ข้อมูล “อยากให้มีการติดตามผู้สูงอายุถึงบ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่แค่คัดกรองแล้วจบ เพราะบางคนเสี่ยงแต่ไม่มีคนดูแล” “การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่หน้าที่ของ รพ.สต. อย่างเดียว ชุมชน ครอบครัว และ อสม. ต้องช่วยกันดูแลเป็นทีม”

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่า แม้ผลการคัดกรอง การให้ความรู้ และการรักษาที่มีแนวโน้มดีขึ้น แต่การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนยังคงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีความยืดหยุ่น เชื่อมโยงการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนต้นแบบ โดยนำผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา คืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผ่านเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข กำหนด

เป้าหมาย และออกแบบกิจกรรมร่วมกัน จนได้ 10 องค์ประกอบของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุต้นแบบ (blueprint) ที่พัฒนาขึ้น มีกิจกรรมสำคัญและผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละองค์ประกอบ ครอบคลุมการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพ การจัดบริการ การจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบข้อมูล ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและยั่งยืนในระดับชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	กิจกรรมสำคัญ	สภาพปัญหาจากระยะที่ 1	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1.กลไกการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม	จัดตั้งคณะกรรมการระดับชุมชน/ตำบล กำหนดบทบาท กติกาชุมชน และการบูรณาการของ รพ.สต. อปท. อสม. และภาคีเครือข่ายภาคี	การดำเนินงานยังแยกส่วนและขาดการบูรณาการเชิงระบบ	เกิดกลไกขับเคลื่อนงานที่มีส่วนร่วม มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมทุกภาคส่วนและเชื่อมโยงกัน
2. การวิเคราะห์บริบทและการวางแผนโดยใช้ข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน ข้อมูลคัดกรอง 9 ด้าน ข้อมูล HDC และข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เพื่อจัดทำรายตำบล	ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงด้านการมองเห็น การเคลื่อนไหว และโรคเรื้อรังสูง	มีแผนดำเนินงานที่ตรงกับปัญหาและบริบทพื้นที่
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	อบรม อสม. CG หน่วยกู้ชีพ และญาติผู้ดูแลเรื่องการป้องกันหกล้มและการดูแลเบื้องต้น การขอความช่วยเหลือฯ	ผู้ดูแลและครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ	บุคลากรและผู้ดูแล ได้รับความรู้และทักษะในการดูแล
4. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง	คัดกรองความเสี่ยง ประเมินบ้าน และติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	การติดตามต่อเนื่องหลังคัดกรองยังไม่เข้มแข็ง	- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง เพิ่มขึ้น - กลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามต่อเนื่อง
5. การจัดสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย	ปรับสภาพบ้าน เช่น ราวจับ แสงสว่าง พื้นลื่น และจุดเสี่ยงภายในบ้าน	ครอบครัวมองว่าการหกล้มเป็นเรื่องปกติ จึงไม่ปรับปรุงสภาพแวดล้อม	- บ้านกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับสภาพ
6. การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	จัดกิจกรรมออกกำลังกายตามความเหมาะสม กายบริหาร ฝึกการทรงตัว และให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง	ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงและขาดความตระหนักฯ	- ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงออกกำลังกายและมีการทรงตัวที่ดี เพิ่มขึ้น
7.ระบบดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อ	พัฒนาระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน ฝึกทักษะปฐมพยาบาล และประสานหน่วยกู้ชีพ	พบการเข้าถึงระบบ 1669 ค่อนข้างต่ำ ไม่รู้ ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ	- มีระบบดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อ - ผู้สูงอายุและญาติรู้จักช่องทาง และเข้าถึง 1669 เพิ่มขึ้น
8. ระบบการดูแลต่อเนื่อง	จัดทำช่องทางการส่งต่อ และติดตามดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล	ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง	- มีการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง - ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
9. ระบบข้อมูล เทคโนโลยี และการสื่อสาร	พัฒนาและใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ใช้ LINE กลุ่มหรือเทคโนโลยีสื่อสารในชุมชน	การใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนและติดตามยังไม่เป็นระบบ	มีระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจและการติดตาม
10. ติดตามประเมินผลอำเภอ/จังหวัดสนับสนุน	กำหนดตัวชี้วัดและการนิเทศ ติดตาม คืนข้อมูล สนับสนุนทรัพยากร และเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง	พื้นที่ต้องการการเสริมพลังและการกำกับติดตามจากหน่วยงานที่กำกับดูแล	ระบบมีความต่อเนื่อง สามารถพัฒนาและขยายผลได้อย่างยั่งยืน

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าในภาพรวมรูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.5, SD 0.4) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

คือ รูปแบบช่วยส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (Mean 5.0, SD 0.0) รองลงมา คือ รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน กิจกรรมมีความสอดคล้องกับปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และรูปแบบมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในชุมชน (Mean4.7, SD 0.6) ส่วนข้อที่เหลือมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.3–4.7 คะแนน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ในพื้นที่ 3 ตำบลนำร่อง โดยได้จัดกิจกรรมถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการสุขภาพตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากนั้นเปิดโอกาสให้พื้นที่ได้ดำเนินการ โดยประยุกต์ให้เข้ากับบริบทในพื้นที่ ซึ่งมีการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ การประชุมติดตามประเมินผลช่วงดำเนินงานและเมื่อสิ้นสุด

กระบวนการดำเนินงาน พบว่า ตำบลขุมเงินดำเนินงานภายใต้รูปแบบชุมชนจัดการตนเอง โดยมีการจัดทำ "ธรรมนูญสุขภาพตำบลขุมเงิน" เพื่อสร้างข้อตกลงร่วมในพื้นที่ ใช้กระบวนการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงรายบุคคล การจัดประชาคมเพื่อร่วมลำดับความสำคัญในการดำเนินงาน และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลบึงแกดำเนินงานภายใต้ "บึงแก Model" โดยใช้กระบวนการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล บูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อปรับปรุงแวดล้อมที่พักอาศัยให้ปลอดภัยควบคู่กับการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสร้างระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และกลไกติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ด้านตำบลไผ่ ขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุผ่านกระบวนการบูรณาการ 3 ระยะ (ป้องกัน ดูแล และสนับสนุน) โดยเน้นการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างครอบคลุม การสำรวจความเสี่ยงและปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย โดยบูรณาการงบประมาณจากภาคีเครือข่าย ควบคู่กับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สร้างระบบเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดย อสม. และ CG ในพื้นที่

ผลการทดลองใช้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทั้งหมด 191 ราย เป็นตำบลขุมเงิน 61 ราย ตำบลบึงแก 70 ราย และตำบลไผ่ 60 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.3 อายุเฉลี่ย 72.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.2 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 84.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.0

การเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการจัดการสภาพแวดล้อมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p=0.001$ ตามลำดับ) ตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรม และการจัดการสภาพแวดล้อมก่อนและหลังการทดลอง (n=191)

Variables	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z*	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
คะแนนความรู้อาการและสัญญาณเตือน (เต็ม 13 คะแนน)	8.0	(3.0-10.0)	9.0	(7.0-10.0)	-5.1	<0.001
พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม (เต็ม 27 คะแนน)	17.0	(15.0-18.0)	21.0	(20.0-23.0)	12.0	<0.001
คะแนนการจัดการสภาพแวดล้อม (เต็ม 6 คะแนน)	5.0	(5.0-6.0)	6.0	(5.0-6.0)	-3.2	0.001

*Wilcoxon signed-rank test

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลอง พบว่ามีสัดส่วนการรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.9 เป็น 92.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.039) และในกลุ่มผู้ที่เจ็บป่วยมีสัดส่วนการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.5 เป็น 76.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ขณะที่การพลัดตกหกล้ม การเจ็บป่วยฉุกเฉินในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และได้รับการดูแลต่อเนื่อง แม้มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n=191)

ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพ	n	%	Difference	95%CI	P-value*
รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)					
ก่อนทดลอง	163	84.9			
หลังทดลอง	177	92.7	7.8	1.5, 14.1	0.009
พลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา					
ก่อนทดลอง	34	17.7			
หลังทดลอง	26	13.5	4.2	-3.1, 11.4	0.258
เจ็บป่วยฉุกเฉินในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา					
ก่อนทดลอง	29	15.2			
หลังทดลอง	17	8.9	6.3	-0.2, 12.8	0.059
เรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเจ็บป่วย					
ก่อนทดลอง (n=29)	10	34.5			
หลังทดลอง (n=17)	13	76.5	58.4	36.2, 80.6	<0.001
ได้รับการดูแลต่อเนื่อง					
ก่อนทดลอง (n=29)	21	72.4			
หลังทดลอง (n=17)	13	92.9	20.5	-0.9, 41.9	0.133

*McNemar's test, ข้อมูลก่อนการทดลอง คือ ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2568 ส่วนหลังทดลอง คือข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่นำร่อง ได้มีการจัดเวทีถอดบทเรียนและรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อศึกษาสิ่งที่ทำได้ดี ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งกำหนดแนวทางการขยายผลเชิงนโยบายระดับจังหวัด ดังนี้

4.1 สิ่งที่ทำได้ดี พื้นที่นำร่องสามารถพัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่และใช้ต้นทุนทางสังคมของชุมชนในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเกิดรูปแบบการจัดการตนเองที่โดดเด่น เช่น “บึงแก Model” ซึ่งเน้นการใช้ระบบเครือญาติและการสร้างจิตสำนึกรักบ้านเกิดในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึง “ธรรมนูญสุขภาพตำบลขุมเงิน” ที่ใช้เป็นข้อตกลงร่วมของชุมชนในการดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการใช้ศูนย์มีสุขเป็นฐานปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดูแลเชิงรุกในระดับพื้นที่ ส่วนตำบลไผ่มีการขับเคลื่อนงานผ่านกระบวนการบูรณาการ 3 ระยะหลัก ที่ชัดเจน ได้แก่ ระยะป้องกัน ระยะดูแล และระยะสนับสนุน ด้านการบริหารจัดการทรัพยากร พบว่ามีการบูรณาการงบประมาณจากหลายภาคส่วน ได้แก่ กองทุน LTC สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

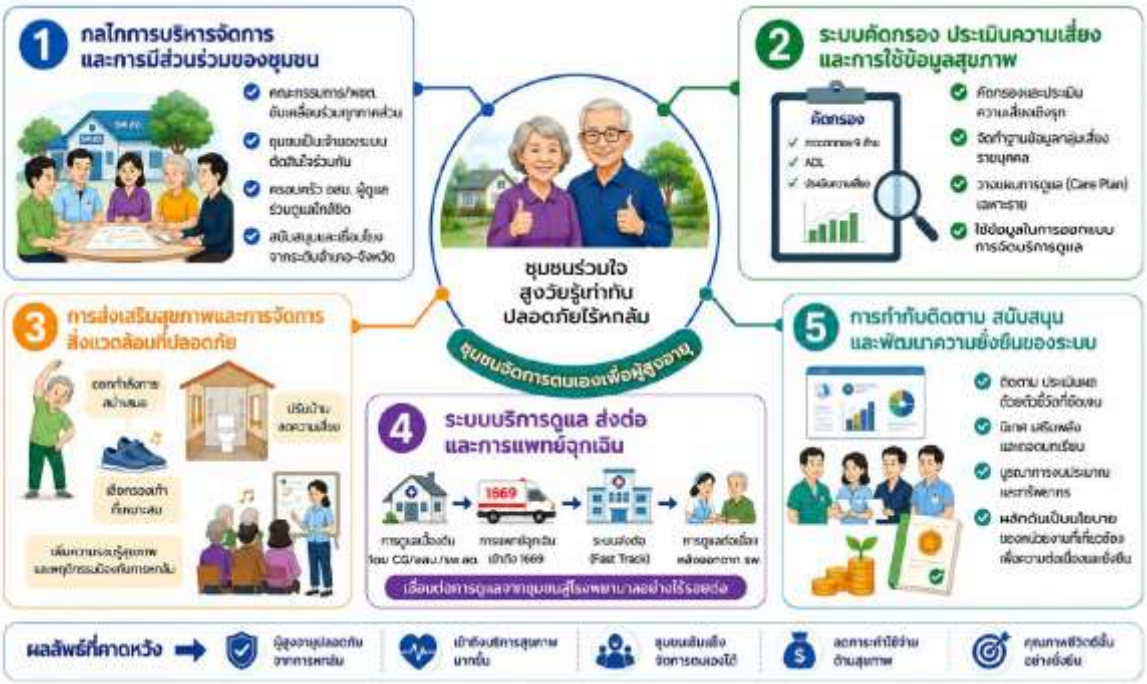
จังหวัด (พมจ.) เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย ให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การขับเคลื่อนงานผ่านกลไก พชอ. ร่วมกับความร่วมมือของผู้นำชุมชน วัด อสม. และ CG ส่งผลให้ระบบบริการมีความยืดหยุ่นและสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผลลัพธ์เชิงประจักษ์พบว่าการดำเนินงานตาม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลงในช่วง 6 เดือนหลังเริ่มดำเนินโครงการ

4.2 ปัญหาและสิ่งท้าทาย การดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของนโยบายในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในช่วงการเลือกตั้งหรือการหมดวาระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องของการสนับสนุนงบประมาณและทิศทางการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านงบประมาณและระยะเวลาในการดำเนินงาน เนื่องจากงบประมาณบางส่วนยังไม่เพียงพอต่อหรือครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ขณะที่การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่บางแห่งเกิดความล่าช้า อันเนื่องมาจากช่วงเวลาการดำเนินงานตรงกับประเพณีท้องถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างครบถ้วน ด้านทัศนคติและความตระหนัก พบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวบางส่วนยังมองว่าการหกล้มเป็นภาวะปกติของวัยสูงอายุ รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ส่งผลให้บางส่วนยังขาดการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันความเสี่ยง อีกทั้งการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุบางส่วนมีความเกรงใจและไม่ต้องการสร้างภาระให้ครอบครัว

4.3 โอกาสพัฒนา ผลการถอดบทเรียนชี้ให้เห็นว่า ระบบข้อมูลสุขภาพและการติดตามกลุ่มเสี่ยงหลังการคัดกรองยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การติดตามดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบ ดังนั้น จึงควรพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ แม้ว่าภาพรวมด้านความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญานเตือนรวมทั้งพฤติกรรมของผู้สูงอายุจะอยู่ในระดับดี แต่ยังพบประเด็นที่ควรเร่งพัฒนา โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการเลือกขนาดรองเท้าที่เหมาะสม ซึ่งมีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมให้ความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาระยะยาวเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลให้ชัดเจน รวมทั้งผลักดัน รูปแบบการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จใน 3 ตำบล พัฒนาไปสู่นโยบายระดับจังหวัด ขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

4.4 รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) จากผลการถอดบทเรียน ได้สังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชน โดยบูรณาการองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์และสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน จากเดิม 10 องค์ประกอบ ให้เหลือ 5 องค์ประกอบหลัก เพื่อให้รูปแบบมีความชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้ง่าย และเหมาะสมต่อการขยายผลเชิงนโยบายและการปฏิบัติในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย 1) กลไกการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบคลุมการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนระดับพื้นที่ การมีส่วนร่วมของ ชุมชน ครอบครัว อสม. CG และการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัด 2) ระบบคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงและการใช้ข้อมูลสุขภาพ ครอบคลุมการคัดกรองภาวะเสี่ยง การประเมิน ADL และภาวะถดถอย 9 ด้าน จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลและติดตามดูแลต่อเนื่อง 3) การส่งเสริมสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4) ระบบบริการดูแล ส่งต่อ และการแพทย์ฉุกเฉิน

ครอบคลุมการดูแลเบื้องต้น ระบบส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบ Fast Track ระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล และ 5) การกำกับติดตาม สนับสนุนและพัฒนาความยั่งยืนของระบบ ครอบคลุมการติดตามประเมินผล การนิเทศเสริมพลัง การบูรณาการงบประมาณ และการผลักดันเข้าสู่นโยบายหรืองานประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละเอียดดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (ฉบับปรับปรุง)

4.5 การกำหนดแนวทางการขยายผลเชิงนโยบายระดับจังหวัด ควรมุ่งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ควบคู่กับการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร และระบบข้อมูลเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผลักดันให้งานดูแลผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความยั่งยืน ทั้งนี้ การขับเคลื่อนควรยึด 5 องค์ประกอบสำคัญที่พัฒนาขึ้น และดำเนินงานผ่าน 2 กลยุทธ์หลัก ได้แก่ กำหนดนโยบายที่ยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ และพัฒนากลไกการดำเนินงานที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

สรุปและอภิปรายผล

1) สภาพปัญหาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า จังหวัดยโสธรกำลังเผชิญผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน โดยผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลายด้าน ทั้งการมองเห็น การเคลื่อนไหวของร่างกาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[6,8] ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม และแม้พื้นที่จะมีระบบคัดกรองและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังพบข้อจำกัดด้านการติดตามต่อเนื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบสุขภาพชุมชนในระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับแนวคิดของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ[12] และสถาบันวิจัยและพัฒนา

ระบบสุขภาพชุมชน[11] ที่เสนอว่า การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยระบบสุขภาพชุมชนที่มีการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อีกทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวบางส่วนยังมองว่าการหกล้มเป็นเรื่องปกติของวัยสูงอายุ และข้อจำกัดด้านรายได้ส่งผลให้ขาดการป้องกันเชิงรุก ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในระยะยาว

2) การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชน การศึกษาครั้งนี้ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และกำหนดแนวทางดำเนินงานร่วมกัน จนได้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่มี 10 องค์ประกอบ ครอบคลุมตั้งแต่กลไกการบริหารจัดการ การคัดกรอง การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลต่อเนื่อง และการติดตามประเมินผล ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม และแนวคิดชุมชนจัดการตนเอง[11] ที่ระบุว่า การพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนควรอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิด Six Building Blocks Plus[15] ที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านบุคลากร ระบบข้อมูล การบริการ อุปกรณ์ การอภิบาล และระบบสุขภาพชุมชน ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นระบบมากขึ้น

3) ผลของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ มีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านหลังการทดลองสูงขึ้น รวมทั้งรู้จักและเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของหลาย ๆ การศึกษา[16,17,18,19] ที่พบว่าการป้องกันการพลัดตกหกล้มจำเป็นต้องดำเนินงานเชิงรุกทั้งการให้ความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของ อสม. CG ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ยังช่วยให้การติดตามกลุ่มเสี่ยงและการดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลให้ระบบบริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมและตอบสนองต่อปัญหาได้ตรงตามบริบทของพื้นที่

4) การสังเคราะห์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการถอดบทเรียนพบว่า การดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว อสม. และ CG ในพื้นที่ โดยเฉพาะการใช้ทุนทางสังคมและกลไกชุมชนจัดการตนเอง ทั้งนี้ ได้สังเคราะห์รูปแบบให้เหลือ 5 องค์ประกอบ เพื่อให้รูปแบบมีความกระชับ ชัดเจน และเหมาะสมต่อการขยายผลเชิงนโยบายในระดับจังหวัด สอดคล้องกับแนวคิดของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ[12] ที่เสนอว่าระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งควรมีการอภิบาลที่ดี ชุมชนมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนจากระดับนโยบาย นอกจากนี้ ยังสะท้อนว่าความยั่งยืนของระบบสุขภาพชุมชนไม่ได้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยกลไกเชิงนโยบาย การสนับสนุน และการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถขยายผลและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน[19,20,21]

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในจังหวัดยโสธร ซึ่งมีบริบทที่จำเพาะ อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่น และระยะเวลาการทดลองค่อนข้างสั้น ยังไม่สามารถประเมินผลด้านอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มและความยั่งยืนได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1) กลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนั้น

ท้องถิ่น สสจ. และ พชอ. ควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

(2) สสจ. ร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เพื่อการดูแลอย่างไร้รอยต่อ

(3) อปท. และ พมจ. ในพื้นที่ ควรสนับสนุนงบประมาณด้านการปรับสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

(2) อสม. CG และครอบครัว ควรมีบทบาทในการเฝ้าระวัง เยี่ยมบ้าน และติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีส่วนร่วมจะช่วยให้ระบบการดูแลมีความต่อเนื่องและเข้าถึงผู้สูงอายุได้มากขึ้น

(3) หน่วยงานสาธารณสุขและ อปท. ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอย่างต่อเนื่อง

3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

(1) ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินผลต่ออุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ความยั่งยืนของระบบ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

(2) ควรมีการยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ในพื้นที่อื่นและมีบริบทแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ กันยายน 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ.2564. 2564;1–17.

3. ประกาศ ศรีแพงมล, ทิพรดา กลิ่นจันทร์, ทศพล แอนโก. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. 2566;1–16.

4.เขตสุขภาพที่ 10. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) แบบบูรณาการในเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

5. เขตสุขภาพที่ 10. การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่าง ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการของเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

6.Delbari A, Azimi A, Najafi M, Saatchi M, Bidkhori M, Mousavi ME, et al. Prevalence, Complications, and Risk Factors of Falls and Fear of Falling Among Older Adults; Based on Ardakan Cohort Study on Aging (ACSA). Arch Acad Emerg Med. 2024;12(1):1–10.

7. Saunders S, D'Amore C, Hao Q, El-Moneim NA, Richardson J, Kuspinar A BM. Risk factors for falls in community-dwelling older adults: An umbrella review. JAMDA. 2025;26:1–26.

8. Saokhieo P, Pliannuom S, Vidhayakula N, Tavivadhanasubhakij I, Promprasit T, Dissai P, et al. Factors Associated with Falls in Older Adults: A Retrospective Hospital-Based Study Using Comprehensive Geriatric Assessment in Thailand (2020-2023). J Prim Care Community Health. 2025;16:1–8.

9. ถนอม นามวงศ์, นริศรา อารีรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(1):158–66.

10. รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย์, นิภา กิมสูงเนิน, เขมศ์ณริณี รื่นฤดีภิรมณ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;44(33):11–22.

11. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.). ระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:

https://resourcecenter.thaihealth.or.th/assets/mediadol/download_dol/b7ceec73-9de1-e911-80e8-00155d09b41f/downloaded_file_20250823010944.pdf

12. กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://divisionksn.moph.go.th/sam/wp-content/uploads/2024/12/คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ.pdf
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175–91.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. NJ: Erlbaum: Hillsdale; 1988.
15. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010.
16. วศินี วีระไวทยะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2566;3(1):1–12.
17. มนชยา ทองดี, ถนอม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษาตำบลดู่ทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(1):73–83.
18. วราณี สัมฤทธิ์, ธิดารัตน์ สุภานันท์, นันทยา เสนีย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(2):1–13.
19.ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29(1):36–50.
20. ปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์, อติญาณ์ ศรเกษตริน. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงในตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;5(4):549–67.
21. วิราพร สืบสุนทร, นงพิมล นิมิตอานันท์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2562;44(2). 120-8.

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes Mellitus at Loengnoktha Crown prince Hospital.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

สรณ บุญลักษณ์[1]
Sarana boonrak[1]

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าวในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์จำนวน 1,226 ราย ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์และคลอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 20–29 ปี (ร้อยละ 52.20) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 42.14) และไม่มีประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 99.02) พบภาวะน้ำหนักเกินตามค่า BMI ร้อยละ 8.24 มีน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.06 และมีประวัติญาติลำดับที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 17.45 ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 87.36) และประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม หรืออื่น ๆ (ร้อยละ 54.24) ความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 7.01 (86 ราย) จากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพบว่า อายุ ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การมีน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ และประวัติญาติลำดับที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ขณะที่ประวัติการตั้งครรภ์ ค่า BMI ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ; เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความชุกของโรค ปัจจัยเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to investigate the prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) and the risk factors associated with its occurrence among pregnant women receiving services at Loengnoktha Crown Prince Hospital. The study sample consisted of 1,226 pregnant women who attended antenatal care and delivered at the hospital between October 1, 2022, and September 30, 2025. Data were collected retrospectively from medical records using a structured data collection form and analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage, as well as the chi-square test.

The results showed that most participants were aged 20–29 years (52.20%), were experiencing their first pregnancy (42.14%), and had no previous history of gestational diabetes mellitus (99.02%). Overweight status based on BMI was found in 8.24% of participants, glycosuria during pregnancy in 1.06%, and a family history of type 2 diabetes mellitus among first-degree relatives in 17.45%. Most participants had an educational level below a bachelor's degree (87.36%) and were employed in labor work, agriculture, or other occupations (54.24%). The prevalence of gestational diabetes mellitus was 7.01% (86 cases) among all screened pregnant women. Analysis of risk factors revealed that maternal age, previous history of gestational diabetes mellitus, glycosuria during pregnancy, and a family history of type 2 diabetes mellitus in first-degree relatives were significantly associated with gestational diabetes mellitus ($p < 0.05$). In contrast, gravidity, BMI, educational level, and occupation showed no statistically significant association.

Keywords; Gestational diabetes mellitus (GDM), Prevalence of the disease, Risk factors, Pregnant women

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) หมายถึง ภาวะความผิดปกติของการเผาผลาญกลูโคสที่ตรวจพบหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยมีสาเหตุสำคัญจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่สร้างจากรก เช่น human placental lactogen, estrogen และ progesterone ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน ส่งผลให้ร่างกายของมารดาเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้[1] ภาวะดังกล่าวถือเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการตั้งครรภ์ และนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีแนวโน้มความชุกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีรายงานการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่าอัตราความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมาก ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากร เกณฑ์การวินิจฉัย และบริบทของพื้นที่ศึกษา โดยอัตราความชุกทั่วโลกมีรายงานอยู่ในช่วงประมาณ 1–28% ของหญิงตั้งครรภ์ สำหรับประเทศในภูมิภาคเอเชียซึ่งมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและวิถีชีวิตอย่างรวดเร็ว พบอัตราความชุกของ GDM ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะเมื่อใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) ในประเทศไทยมีรายงานอัตราความชุกเฉลี่ยประมาณร้อยละ 17.1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่สำคัญในประชากรหญิงตั้งครรภ์[2] ทั้งนี้การศึกษาภายในประเทศยังพบว่าอัตราความชุกของ GDM แตกต่างกันไปตามระดับสถานพยาบาลและพื้นที่ ตั้งแต่ประมาณร้อยละ 2.6 จนถึงมากกว่าร้อยละ 20 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง[3]

การเพิ่มขึ้นของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ สังคม และพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการยอมรับอย่างชัดเจน ได้แก่ อายุของมารดาที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนก่อนตั้งครรภ์ซึ่งสะท้อนถึงภาวะดื้อต่ออินซูลิน ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ซึ่งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง รวมถึงประวัติการคลอดทารกตัวโตหรือภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในอดีต นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสังคมและพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง การขาดการออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตในยุคปัจจุบัน ยังมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เช่นเดียวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรทั่วไป ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะน้ำคร่ำมาก การคลอดยาก และอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ หญิงที่มีประวัติ GDM ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ในอนาคต หากไม่ได้รับการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกัน ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ได้แก่ การเกิดทารกตัวโต (macrosomia) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บระหว่างคลอด ภาวะไหล่ติด ภาวะขาดออกซิเจน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะหายใจลำบาก และการต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่มี GDM มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวอีกด้วย[4]

ในบริบทของพื้นที่ชนบทหรือกึ่งชนบท ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ความเชื่อทางวัฒนธรรมด้านโภชนาการ

และความพร้อมของระบบบริการฝากครรภ์ อาจส่งผลต่ออัตราการตรวจพบและการดูแลรักษาภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แตกต่างจากพื้นที่เมือง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีบทบาทสำคัญในการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ตลอดจนการดูแลในระยะคลอดและหลังคลอดแก่ประชาชนในอำเภอเลิงนกทาและพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีระดับรายได้และการศึกษาหลากหลาย และมีปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพที่อาจเอื้อต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แม้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาจะมีการให้บริการฝากครรภ์และการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามแนวทางมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่ปัจจุบันยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลแห่งนี้ การมีข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริง ลักษณะของกลุ่มเสี่ยง และรูปแบบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนพัฒนาระบบการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การป้องกันและการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การลดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก ตลอดจนการยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey Research by Retrospective Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

เกณฑ์การคัดเข้า

-หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป

-ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

-มีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก

-หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pre-existing diabetes mellitus)

-เวชระเบียนที่ขาดข้อมูลสำคัญสำหรับการวิเคราะห์ เช่น ผลการตรวจคัดกรอง/วินิจฉัย GDM ไม่ครบถ้วน ข้อมูลอายุครรภ์ไม่ชัดเจน ข้อมูลดัชนีมวลกาย (BMI) หรือปัจจัยเสี่ยงหลักขาดหายไป

-หญิงตั้งครรภ์ที่ส่งต่อออกไปคลอดหรือรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น โดยไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ครบถ้วน

-การตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดก่อนอายุครรภ์ [กำหนดเกณฑ์ เช่น < 24 สัปดาห์] หากเป็นเกณฑ์ของการศึกษา

-เวชระเบียนที่ไม่สามารถเข้าถึงได้หรืออ่านข้อมูลไม่ได้ (เช่น เอกสารชำรุด/ข้อมูลไม่สมบูรณ์)

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียน ระหว่างปีงบประมาณ 2567-2568 จำนวน 1,226 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วยรหัสผู้ป่วย อายุ อายุครรภ์ และประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

ส่วนที่ 2 ประวัติทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในอดีตและประวัติญาติสายตรงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 3 ภาวะโภชนาการ ประกอบด้วยการวัดส่วนสูง น้ำหนัก และการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

ส่วนที่ 4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะและผลการตรวจคัดกรอง/วินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พร้อมระบุวิธีตรวจ

ส่วนที่ 5 เป็นการสรุปสถานะการศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เครื่องมือนี้ใช้สำหรับการรวบรวมข้อมูลเชิงคลินิกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และจำแนกสถานะ GDM ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นระบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และเมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อมูลครบถ้วนในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของมารดา เช่น อายุ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน รวมถึงผลการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความชุกและปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ และรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยโดยไม่เปิดเผยตัวตน ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับการเกิดโรค โดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยรายงานค่าความถี่และร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมานจะใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างสถานะ GDM (เป็น/ไม่เป็น) กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มอายุ ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติญาติเป็นเบาหวานชนิดที่

2 ภาวะอ้วน (BMI ≥30) การพบ glycosuria ระดับการศึกษา และอาชีพโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่โครงการ HE 6924

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 1,226 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 52.20 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 42.14 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ร้อยละ 99.02 มีค่า BMI เกินปกติ ร้อยละ 8.24 มีน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.06 มีประวัติญาติลำดับที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 17.45 สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 87.36 ประกอบอาชีพ รับจ้าง เกษตรกรรม อื่นๆ ร้อยละ 54.24

2. ความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 1,226 ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.01

3. ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า อายุ ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ (Glycosuria) ประวัติญาติลำดับที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ส่วนประวัติการตั้งครรภ์ ค่า BMI ระดับการศึกษา และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n=1,226)

ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์		จำนวน	การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์		χ^2	p-value
			ไม่ป่วย	ป่วย		
อายุ					26.510	.000*
	น้อยกว่า 30 ปี	773	741	32		
	30 ปี ขึ้นไป	453	399	54		
		1,226	1,140	86		
ประวัติการตั้งครรภ์					.620	.734
	ครรภ์แรก	520	485	35		
	ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	481	444	37		
	ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	225	211	14		
		1,226	1,140	86		
ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์					48.931	.000*
	ไม่เคยป่วย	1,214	1,135	79		
	เคยป่วย	12	5	7		
		1,226	1,140	86		
ค่า BMI					32.031	.738
	BMI < 30	1,125	1,060	65		

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n=1,226)

ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์		จำนวน	การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์		x^2	p-value
			ไม่ป่วย	ป่วย		
	BMI≥ 30	101	80	21		
		1,226	1,140	86		
มีน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ (Glycosuria)					174.172	.000*
	พบ	1,212	1,139	73		
	ไม่พบ	14	1	13		
		1,226	1,140	86		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n=1,226) (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์		จำนวน	การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์		x^2	p-value
			ไม่ป่วย	ป่วย		
ประวัติญาติลำดับที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2					41.963	.000*
	มี	1,012	963	49		
	ไม่มี	214	177	37		
		1,226	1,140	86		
ระดับการศึกษา					1.107	.293
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	1071	999	72		
	ปริญญาตรีขึ้นไป	155	141	14		
		1,226	1,140	86		
อาชีพ					5.893	.054
	ว่างงาน	448	427	21		
	รับจ้าง เกษตรกรรม อื่นๆ	665	609	56		
	งานประจำ, ขรก	113	104	9		
		1,226	1,140	86		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 1,226 ราย มีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.01 ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายได้ในหลายมิติ ทั้งด้านระบาดวิทยา ปัจจัยเสี่ยง ระบบบริการสุขภาพ ประการแรก เมื่อพิจารณาอัตราความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่พบร้อยละ 7.01 ถือว่าอยู่ในช่วงที่สอดคล้องกับการศึกษาหลายแห่งทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งมักรายงานความชุกของ GDM อยู่ระหว่างร้อยละ 4–10[5,6] ทั้งนี้ ความแตกต่างของอัตราที่พบในแต่

ละพื้นที่อาจขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย วิธีการคัดกรอง และลักษณะประชากร เช่น อายุของมารดา ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เป็นต้น ดังนั้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ประการที่สอง ปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุของมารดาที่เพิ่มขึ้น ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนก่อนตั้งครรภ์ ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน การเคยมีประวัติ GDM ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน หรือการเคยคลอดทารกที่มีน้ำหนักมาก เป็นต้น แม้ในการศึกษานี้จะไม่ได้ระบุรายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว แต่สามารถคาดการณ์ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนอาจมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ร่วมด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคในอนาคต[7] ประการที่สาม ระบบการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 1,226 ราย แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในด้านการเฝ้าระวังและการป้องกันโรค การที่สามารถตรวจพบผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยให้สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดยาก ทารกตัวโตผิดปกติ หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด เป็นต้น[8] อย่างไรก็ตาม อัตราการพบ GDM ที่ร้อยละ 7.01 ยังสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการป้องกันในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ เช่น การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม รวมถึงการให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ควรมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและลดอุบัติการณ์ของโรค ในด้านผลกระทบระยะยาว ผู้ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงในการพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต เช่นเดียวกับบุตรที่เกิดจากมารดาที่มี GDM ก็มีแนวโน้มเสี่ยงต่อโรคอ้วนและเบาหวานในอนาคตเช่นกัน ดังนั้น การติดตามดูแลหลังคลอดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ในสัดส่วนที่ไม่ต่ำ และยังคงมีความสำคัญในเชิงสาธารณสุข การดำเนินงานด้านการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ตรวจพบและดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตาม การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ รวมถึงการติดตามดูแลหลังคลอด ยังคงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยลดภาระของโรคในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของมารดา ประวัติการป่วยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในอดีต การตรวจพบภาวะน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ (glycosuria) และประวัติญาติลำดับที่ 1 ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2[9,10] ซึ่งสามารถอธิบายได้ทั้งในเชิงชีววิทยาและพฤติกรรมสุขภาพ โดยประเด็นด้านอายุพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญนั้นสอดคล้องกับองค์ความรู้ที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความสามารถของร่างกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลง เนื่องจากความไวของอินซูลิน (insulin sensitivity) ลดลง และมีแนวโน้มเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) มากขึ้น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ฮอร์โมนจากรก (placental hormones) ยังส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มขึ้นอยู่แล้ว เมื่อรวมกับอายุที่มากขึ้นจึงยิ่งเพิ่มความเสี่ยงให้สูงขึ้นไปอีก

[11] ในส่วนของประวัติการเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้หญิงกลุ่มนี้มีพื้นฐานความผิดปกติของการเผาผลาญกลูโคสอยู่เดิม เช่น การทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนไม่เพียงพอ หรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลินเรื้อรัง ทำให้เมื่อเข้าสู่การตั้งครรภ์ครั้งใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพิ่มขึ้น จึงมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้สูงกว่าคนทั่วไป อีกทั้งยังสะท้อนถึงความต่อเนื่องของความเสี่ยงในระยะยาวที่อาจพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตได้ด้วย ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับแนวทางการดูแลที่เน้นให้มีการคัดกรองอย่างใกล้ชิดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติดังกล่าว[12] สำหรับภาวะน้ำตาลในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ (glycosuria) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญนั้น ถือเป็นตัวบ่งชี้ทางคลินิกที่สำคัญ เนื่องจากโดยปกติไตจะสามารถดูดกลับกลูโคสได้เกือบทั้งหมด แต่เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินค่าหนึ่ง (renal threshold) จะทำให้เกิดการขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ ดังนั้นการพบ glycosuria จึงอาจสะท้อนถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือเป็นสัญญาณเตือนเบื้องต้นของความผิดปกติในการควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนให้การตรวจปัสสาวะเป็นหนึ่งในเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ทรัพยากรจำกัด[13] ในขณะเดียวกัน ประวัติญาติลำดับที่ 1 ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน กล่าวคือ บุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานมักมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมต่อความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินหรือการตอบสนองต่ออินซูลิน นอกจากนี้ยังอาจมีรูปแบบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน เช่น การบริโภคอาหารหวานหรือไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เช่นกัน[14] ในทางตรงกันข้าม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านประวัติการตั้งครรภ์ ค่า BMI ระดับการศึกษา และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้หลายประเด็น โดยในส่วนของ BMI แม้ว่าหลายการศึกษาก่อนหน้าจะพบว่าภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ แต่ผลการศึกษานี้อาจไม่พบความสัมพันธ์เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีการกระจายของ BMI ไม่แตกต่างกันมาก หรือมีขนาดตัวอย่างไม่เพียงพอที่จะตรวจจับความแตกต่าง หรืออาจมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่มีอิทธิพลมากกว่า เช่น พฤติกรรมการกินหรือพันธุกรรม ส่วนประวัติการตั้งครรภ์ เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์หรือการคลอดอาจไม่แสดงความสัมพันธ์ในงานวิจัยนี้เนื่องจากไม่ได้สะท้อนถึงกลไกทางสรีรวิทยาโดยตรงเหมือนกับปัจจัยด้านเมตาบอลิซึม[15] ขณะที่ระดับการศึกษาและอาชีพซึ่งเป็นตัวแทนของสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ แม้ว่าจะมีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่ในบริบทของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจมีความแตกต่างไม่ชัดเจน หรืออาจได้รับการดูแลสุขภาพในระบบบริการที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังอาจสะท้อนว่าปัจจัยทางชีวภาพมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยทางสังคมในบริบทของโรคนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบคัดกรองและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยควรให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงจากอายุ ประวัติสุขภาพในอดีต การตรวจพบ glycosuria และประวัติครอบครัว เพื่อให้สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแม่นยำและให้การดูแลเชิงป้องกันได้ทันท่วงที อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาข้อจำกัดของการศึกษา เช่น การออกแบบการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง หรือความเป็นตัวแทนของประชากร ซึ่งอาจส่งผลต่อการสรุปผลและการนำไปใช้ในวงกว้าง และควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อยืนยันผลและสำรวจปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับกิจกรรมทางกาย หรือปัจจัยด้านฮอร์โมนและชีวเคมี เพื่อให้เข้าใจกลไกของโรคเบาหวาน

ขณะตั้งครรภ์ได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น และนำไปสู่การพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการลดภาระของโรคในระดับประชากรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดแนวทางคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุสูง มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือมีญาติสายตรงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงผู้ที่ตรวจพบ glycosuria ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกของการฝากครรภ์

2. ควรมีระบบติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และการปรับพฤติกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก

3. ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยเน้นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบหลายศูนย์หรือระยะยาว (longitudinal study) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง และศึกษาผลกระทบระยะยาวของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อมารดาและทารก รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีบทบาทเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Bano S, Agrawal A, Asnani M, Das V, Singh R, Pandey A, Kumar N, Ali W. Correlation of insulin resistance in pregnancy with obstetric outcome. J Obstet Gynaecol India. 2021;71(5):495-500.
2. Hanafee A, Suthon S, Innang S, Songlilitchuwong S, Masuwan N, Narkdontri T, et al. Comparison of maternal characteristics and clinical parameters in Thai pregnant women with and without gestational diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract. 2025;226:1-7.
3. Songthamwat M, Champawong R, Songthamwat S, Norsuwan S, Maleerat P, Na Nan C, et al. Universal early gestational diabetes mellitus screening: A prospective multicenter study in Thailand. J Med Assoc Thai. 2025;108:464-469.
4. Lowe WL Jr, Scholtens DM, Kuang A, Linder B, Lawrence JM, Lebenthal Y, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcome follow-up study (HAPO FUS): Maternal gestational diabetes mellitus and childhood glucose metabolism. Diabetes Care. 2019;42(3):372-380.
5. จรินทิพย์ สมประสิทธิ์, เด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า, อธิตา จันทรเสนานนท์. ผลของปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันต่อผลการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2550;7(3):199-204.
6. มานพ เลิศสาครศิริ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร. 2553;29(2):87-95.
7. ณัฐนันท์ วารีเศวตสุวรรณ, สุชาดา กรเพชรปาณี. การตรวจสอบเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์โดยใช้แผนภูมิควบคุม p ปรับแก้. วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา. 2562;17(2):111-133.
8. Ghamri K. Prevalence and risk factors of confirmed gestational diabetes mellitus among pregnant women with prior positive screening: A case-control study. Cureus. 2024;16(5):1-10.
9. Kiani F, Saei M, Naz G, Sayehmiri F, Sayehmiri K, Zali H. The risk factors of gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis study. Int J Womens Health Reprod Sci. 2017;5(4):1-11.
10. Kouhkan A, Najafi L, Malek M, Baradaran HR, Hosseini R, Khajavi A, Khamseh ME. Gestational diabetes mellitus: Major risk factors and pregnancy-related outcomes: A cohort study. Int J Reprod Biomed. 2021;19(9):827-836.
11. Plows JF, Stanley JL, Baker PN, Reynolds CM, Vickers MH. The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. Int J Mol Sci. 2018;19(11):1-21.

12. Sweeting A, Wong J, Murphy HR, Ross GP. A clinical update on gestational diabetes mellitus. Endocr Rev. 2022;43(5):763-793.
13. Agbozo F, Abubakari A, Narh C, Jahn A. Accuracy of glycosuria, random blood glucose and risk factors as selective screening tools for gestational diabetes mellitus in comparison with universal diagnosing. BMJ Open Diabetes Res Care. 2018;6(1):1-13.
14. Rayanagoudar G, Hashi AA, Zamora J, Khan KS, Hitman GA, Thangaratinam S. Quantification of the type 2 diabetes risk in women with gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis of 95,750 women. Diabetologia. 2016;59(7):1403-1411.
15. Li W, Wang Y, Shen L, Song L, Li H, Liu B, et al. Association between parity and obesity patterns in a middle-aged and older Chinese population: A cross-sectional analysis in the Tongji-Dongfeng cohort study. Nutr Metab (Lond). 2016;13:1-8.

การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือในการเพิ่มการมาตามนัดและความสม่ำเสมอ ในการรักษาด้วย ART ในผู้ป่วยใช้สารเสพติดร่วมกับติดเชื้อ HIV ขาดนัด ณ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลสังคม

Evaluation of the effectiveness of the assistance program to increase appointment time and consistency in ART treatments who use drugs together with HIV infection who missed the appointment at the special clinic, Sangkhom Hospital.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

นวพร ค้าข้าว[1]
Nawaporn Khakhao[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือในการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ของผู้ป่วยใช้สารเสพติดร่วมกับติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษา ในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน ที่มีประวัติขาดนัดในรอบ 12 เดือน โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก: แจ้งเตือนนัดหมาย, ให้คำปรึกษา, สนับสนุนทางออนไลน์ และติดตามผลทางคลินิก ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมาตามนัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 51.11 ±0.50 เป็น 93.33 ±0.25 และการปฏิบัติตามการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 75.56 ± 0.43 เป็น 97.78 ±0.15 ($p < 0.001$) ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ย CD4 เพิ่มขึ้นจาก 436.96 ±202.17 เป็น 552.84 ±209.61 เซลล์/ลบ.มม. ขณะที่ระดับ Viral Load ลดลงจาก 6.37 เป็น 1.22 copies/mL ($p = 0.002$) นอกจากนี้ ผลตรวจปัสสาวะเป็นบวก ลดลงจากร้อยละ 33.33 เหลือร้อยละ 11.11

คำสำคัญ โปรแกรมช่วยเหลือแบบบูรณาการ, ผู้ป่วยใช้สารเสพร่วมกับติดเอชไอวี, ความร่วมมือในการรักษา

Abstract

This study was quasi experimental research employed a one-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effectiveness of a support program in increasing appointment adherence and antiretroviral therapy (ART) compliance among people living with HIV (PLWH) who use substances. The sample consisted of 45 participants with a history of missing appointments in the past 12 months. The intervention comprised four core activities: appointment reminders, individual counseling, online social support, and clinical follow-up monitoring. The study was conducted over a 12-month period, and data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

Results: Following the intervention, the mean score for appointment adherence significantly increased from 51.11 ±0.50 to 93.33 ±0.25. Similarly, ART compliance increased from 75.56 ±0.43 to ±97.78 ±0.15 ($p < 0.001$). Regarding health outcomes, the mean CD4 count rose from 436.96 ± 202.17 to 552.84 ± 209.61 cells/mm^3. Concurrently, the Viral Load level decreased from 6.37 to 1.22 copies/mL ($p = 0.002$). Furthermore, the rate of positive urine drug tests decreased from 33.33% to 11.11%.

Keywords: Integrated Support Program, HIV Patients with Substance Use, Treatment Adherence

บทนำ

โรคเอดส์ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศ แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy - ART) ที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การปฏิบัติตามการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลสังคม

รักษาและการมาตามนัดของผู้ป่วยยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษา หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดหรือไม่ปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัดได้ อาจนำไปสู่การเกิดภาวะดื้อยาซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อให้กับผู้อื่น[1]

จากข้อมูลสถิติการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 560,000 ราย โดยมีผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ART อย่างต่อเนื่องประมาณ 457,133 ราย นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 9,200 ราย และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 11,000 ราย[2] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข แม้จะมีความก้าวหน้าในด้านการรักษาแล้วก็ตาม ความท้าทายสำคัญคือการทำให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมถึงการป้องกันการขาดนัดในการมารับการรักษา ซึ่งมีผลกระทบต่อการรักษาและการลดจำนวนผู้ป่วยที่พัฒนาจากภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ไปสู่การเกิดโรคเอดส์ ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ถือเป็นมาตรการหลักในการควบคุมและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยาต้านไวรัส ช่วยลดปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยฟื้นตัวและมีโอกาสป้องกันการติดเชื้อซ้ำ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของยาต้านไวรัส ART นั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างเคร่งครัด ซึ่งหมายถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตามนัดกับแพทย์ การขาดนัดหรือไม่ปฏิบัติตามการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมไวรัสได้และมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นภาวะดื้อยาทำให้การรักษาในอนาคตมีความซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น[3]

การขาดนัดในการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในแต่ละคน แต่ยังส่งผลกระทบในระดับสังคมและระบบสาธารณสุข การขาดนัดทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อยา ซึ่งเป็นผลจากการที่ปริมาณยาต้านไวรัสในร่างกายไม่เพียงพอต่อการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส ทำให้เชื้อเอชไอวี พัฒนาเป็นสายพันธุ์ที่ดื้อยา นอกจากนี้ การดื้อยายังส่งผลให้การรักษาใช้เวลานานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นสำหรับทั้งผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขของประเทศ ในระดับสังคม การขาดนัดในการรับการรักษายังเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้อื่น ทำให้มีโอกาสในการแพร่เชื้อเอชไอวี สู่ผู้อื่นได้ง่ายขึ้น[4] ผลการศึกษาในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การไม่ปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ยังคงเพิ่มขึ้นในระดับสูง แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในด้านการพัฒนายาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูงก็ตาม[5]

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดรับยาต้านไวรัสคิดเป็นประมาณร้อยละ 15–20 ของผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับไวรัสที่ตรวจพบในเลือดสูงขึ้นและอัตราการดื้อยามากขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงด้านสารเสพติดเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัดรับยา ART โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อที่มีปัญหาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจร่วม ส่งผลให้ไม่สามารถคงอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง

โดยประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มอัตราการมาตามนัดของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างหนึ่งที่ประสบความสำเร็จคือการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการแจ้งเตือนผู้ป่วยให้มารับการรักษา โดยใช้ระบบส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อแจ้งเตือนการนัดหมายและการรับประทานยาซึ่งช่วยเพิ่มอัตราการมาตามนัดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[6]

การบูรณาการ โปรแกรมการเพิ่มอัตราการมาตามนัดของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี อย่างต่อเนื่องร่วมการป้องกันการใช้ยาเสพติด จึงเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก[7] และแผนยุทธศาสตร์เอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2566–2573 ที่เน้นการจัดบริการแบบองค์รวม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการแพร่เชื้อในชุมชน

สำหรับโรงพยาบาลสังคม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีเตียงผู้ป่วยเพียง 30 เตียง พบว่าจำนวนผู้ติด

เชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในปี 2566 มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 248 ราย และมีผู้ขาดนัดจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.03 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 5 ราย ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดนัดและการไม่รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและเสียชีวิต

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น การขาดนัดในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบอย่างมากต่อประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งส่งผลต่อทั้งผู้ป่วยเองและสังคมโดยรวม โดยการพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือที่มุ่งเน้นการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตามการรักษาจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดความเสี่ยงของการดื้อยา และลดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี ในสังคม

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือในการเพิ่มอัตราการมาตามนัด การปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส(ART) การป้องกันการใช้ยาเสพติด ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับใช้สารเสพติด ที่ขาดนัดในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือในการเพิ่มอัตราการมาตามนัดของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับใช้สารเสพติดและเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเหลือต่อการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ของผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับใช้สารเสพติด

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมช่วยเหลือการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับใช้สารเสพติด ที่ขาดนัดในคลินิกพิเศษ ของโรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย โดยองค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย 1.การแจ้งเตือนนัดหมาย 2.การให้คำปรึกษา 3.การสนับสนุนทางสังคม และ4.การติดตามการรักษา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมในโปรแกรมการช่วยเหลือในการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตามการรักษาต้านไวรัส ART

งานวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวแล้ววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest design) การดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 เดือน

2.เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและแบบสอบถามชุดที่ 2 แบบประประเมินความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมช่วยเหลือการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตามการรักษาต้านไวรัส ART ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี(HIV)ร่วมกับใช้สารเสพติดขาดนัด ที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย โดยมีการดำเนินการที่ครอบคลุม 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การแจ้งเตือนการนัดหมาย การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางสังคม การติดตามผลหลังการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA No. NKPH 1101.1 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 53.33) และเป็นเพศชาย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 46.67) โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ในด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45–59 ปี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 55.56) ซึ่งเป็นช่วงวัยแรงงาน รองลงมาคือช่วงอายุ 30–44 ปี (ร้อยละ 28.89) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่สมรสหรืออาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 44.44) ในด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 21 คน (ร้อยละ 46.67) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 24.44) ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร/เลี้ยงสัตว์/การประมง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 46.67) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000–9,999 บาท จำนวน 26 คน (ร้อยละ 57.78) สำหรับระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าร้อยละ 37.78 ทราบผลมาแล้ว 24–59 เดือน รองลงมาคือ 6–23 เดือน (ร้อยละ 31.11) และน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 20.00) ในด้านระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) พบว่าร้อยละ 40.00 ได้รับการรักษาเป็นเวลา 24–59 เดือน รองลงมาคือ 6–23 เดือน (ร้อยละ 24.44) และน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 15.56) ระดับค่า CD4 ก่อนการรักษาด้วย ART ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 200–349 copies/mL (ร้อยละ 42.22) รองลงมาคือ 350–499 copies/mL (ร้อยละ 31.11) และน้อยกว่า 200 copies/mL (ร้อยละ 6.67) ขณะที่ระดับค่า CD4 ปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 350–499 copies/mL (ร้อยละ 42.22) รองลงมาคือ 200–349 copies/mL (ร้อยละ 33.33) และน้อยกว่า 200 copies/mL (ร้อยละ 15.56)

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมช่วยเหลือฯ

จากการผลการทดลองผลของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือฯ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน การรายงานผลการดำเนินการของโปรแกรมช่วยเหลือฯจะรายงานทั้งภาพรวม และรายกิจกรรมหลัก ทั้ง 4 กิจกรรม ทั้งนี้ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับใช้สารเสพติด และการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART โดยภาพรวม พบว่า ทั้งพฤติกรรมการมาตามนัด และการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART มี ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมาตามนัดและการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือฯ (n=45)

ผลการทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง					
	$\bar{x}$	s.d	$\bar{x}$	s.d	$\bar{d}$	s.d. $\bar{d}$	95%CI	P-value
พฤติกรรมการมาตามนัด	51.11	0.50	93.33	0.25	42.22	0.58	41.04 to 43.41	< 0.001
การปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสART	75.56	0.43	97.78	0.15	22.22	0.47	21.25 to 23.19	< 0.001

3.ผลการเปรียบเทียบร้อยละก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือฯในกิจกรรมการแจ้งเตือนการมาตามนัดในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินกิจกรรมการแจ้งเตือนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วย มาตามนัดจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และมีผู้ป่วย เลื่อนนัดจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 โดยไม่มีรายใดที่ไม่มาตามนัดเลย

การเลื่อนนัดดังกล่าวมีเหตุผลที่สมควร ได้แก่ การเสียชีวิตของญาติ, สภาพอากาศไม่เอื้ออำนวย (น้ำท่วม) และปัญหาเกี่ยวกับพาหนะ (รถซ่อม ไม่มีรถเดินทาง) สรุปได้ว่า กิจกรรมการแจ้งเตือนมีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมพฤติกรรมการมาตามนัด และสามารถช่วยลดอัตราการขาดนัดได้อย่างมีนัยสำคัญในทางปฏิบัติ

4.ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาเสพติด ความรู้เกี่ยวกับยารักษาการติดเชื้อเอชไอวีและการบำบัดยาเสพติด และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันยาเสพติด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือฯในกิจกรรมการให้คำปรึกษา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกของทุกด้านของการประเมิน โดยสรุปได้ดังนี้

C_1 (ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาเสพติด) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 20.00±5.50 โดยช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%(95%CI) ของผลต่างอยู่ที่ 18.35-21.65 และมีค่าทางสถิติ (p-value < 0.001)

C_2 (ความรู้เกี่ยวกับยารักษาการติดเชื้อเอชไอวีและการบำบัดยาเสพติด) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 23.77±6.00 โดยช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%(95%CI) ของผลต่างอยู่ที่ 21.85-25.69 และมีค่าทางสถิติ (p-value < 0.001)

C_3 (ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันยาเสพติด) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 16.00±4.80 โดยช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%(95%CI) ของผลต่างอยู่ที่ 14.53-17.47 และมีค่าทางสถิติ (p-value < 0.001)

ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมให้คำปรึกษาภายใต้โปรแกรมช่วยเหลือฯ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านโรคเอดส์และยาเสพติดแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยนความรู้ความเข้าใจ ในกิจกรรมการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือฯ (n=45)

หัวข้อการประเมินความรู้ความเข้าใจ	ผลการประเมิน คะแนน (ร้อยละ)				$\bar{}$	$\bar{}$ s.d.	95%CI	P-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง					
	—	s.d	—	s.d				
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาเสพติด (C_1)	63.78	1.51	83.78	1.06	20.00	5.50	18.35 to 21.65	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับยารักษาการติดเชื้อเอชไอวี และการบำบัดยาเสพติด(C_2)	57.56	1.29	81.33	1.13	23.77	6.00	21.85 to 25.69	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการเสพยาเสพติด (C_3)	65.33	1.60	81.33	1.28	16.00	4.80	14.53 to 17.47	<0.001

5.ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละต่อความพึงพอใจสำหรับการเข้าร่วมในกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของโปรแกรมช่วยหลือฯ จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับใช้สารเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ประเมินความพึงพอใจใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) วิทยากร/ผู้ดำเนินกิจกรรม 2) สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ 3) เนื้อหากิจกรรม 4) สถานที่จัดกิจกรรม และ 5) เวลาในการจัดกิจกรรม ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับ “มาก” ถึง “มากที่สุด”

ในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านเนื้อหากิจกรรมที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุด (100%) และด้านวิทยากรที่แม้จะได้คะแนนสูง แต่ยังมีข้อเสนอแนะที่ควรพิจารณาเพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น การวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม ภายใต้โปรแกรมช่วยเหลือฯ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความน่าสนใจที่อยากเข้าร่วม สร้างความตระหนักถึงมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนได้

6.เปรียบค่าระดับค่า CD4 และViral Load ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมช่วยเหลือการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตัวตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV)ร่วมกับใช้สารเสพติด ผลของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการตรวจสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกด้านสุขภาพทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ระดับค่า CD4 มีค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference: $\bar{}$) อยู่ที่ 115.89 ในช่วงความเชื่อมั่น ที่ 95% (95%CI) อยู่ที่ 97.45 ถึง 134.33 โดยแสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยเหลือฯ มีผลต่อการเพิ่มระดับ CD4 อย่างชัดเจน ซึ่งบ่งชี้ถึงการฟื้นฟูระบบภูมิคุ้มกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสะท้อนถึงการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ภายใต้การสนับสนุนที่มีในโปรแกรมช่วยเหลือ และสำหรับระดับค่า Viral Load ค่าความแตกต่างเฉลี่ย(Mean Difference: $\bar{}$) อยู่ที่ -5.15 ในช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ของความแตกต่างอยู่ที่ -8.01 ถึง -2.29 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) ผลลัพธ์นี้แสดงว่าโปรแกรมช่วยเหลือฯ มีผลในการลดระดับ Viral Load ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมาตามนัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือฯของกลุ่มตัวอย่าง (n=45)

ผลการตรวจสุขภาพ	ก่อนทดลอง n=45		หลังทดลอง n=45		$\bar{}$	s.d.	95%CI	P-value
	$\bar{}$	s.d	$\bar{}$	s.d				
ระดับค่า CD4	436.96	202.17	552.84	209.61	115.89	72.55	97.45 to 134.33	< 0.001
ระดับค่า Viral Load	6.37	15.94	1.22	5.81	-5.15	10.56	-8.01 to -2.29	0.002

7. เปรียบเทียบจำนวนผลตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจ Methamphetamine Test Kit เป็นบวกก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมช่วยเหลือการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตัวตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือฯ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ได้แก่ ผลตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจ Methamphetamine Test Kit เป็นบวก มีอัตราส่วนที่ลดลงร้อยละ 22.22 แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตัวตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับใช้สารเสพติด ประสบความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ ในการลดจำนวนผู้เสพยาเสพติด (เมทแอมเฟตามีน)

8.เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับใช้สารเสพติดในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ART พบว่า ระดับคะแนนในทั้ง 4 ด้านซึ่งประกอบด้วย ด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี(HIV)และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยสามารถสรุปผลในแต่ละ

ด้าน ดังนี้ ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference: $\bar{}$) อยู่ที่ 0.88 ในช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ของความแตกต่างอยู่ที่ 0.65 ถึง 1.10 แสดงว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference: $\bar{}$) อยู่ที่ 0.86 ในช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ของความแตกต่างอยู่ที่ 0.64 ถึง 1.09 แสดงว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference: $\bar{}$) อยู่ที่ 0.86 ในช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ของความแตกต่างอยู่ที่ 0.57 ถึง 1.04 แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และด้านพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด มีค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference: $\bar{}$) อยู่ที่ 0.61 ในช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ของความแตกต่างอยู่ที่ 1.03 ถึง 1.28 แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังรายละเอียดแสดงในตาราง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมาตามนัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือของกลุ่มทดลอง (n=45)

ผลการทดสอบตามหัวข้อการประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		–	s.d.	95%CI	P-value
	—	s.d	—	s.d				
1.ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี	3.41	0.78	4.29	0.51	0.88	0.64	0.65 – 1.10	< 0.001
2.ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี	3.4	0.73	4.26	0.55	0.86	0.61	0.64 – 1.09	< 0.001
3.ด้านพฤติกรรมการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี	3.33	0.8	4.13	0.6	0.8	0.66	0.57 – 1.04	< 0.001
4.ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเสพติด	3.45	0.09	4.60	0.18	1.15	0.17	1.03 – 1.28	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมช่วยเหลือฯที่ประกอบด้วยกิจกรรมการแจ้งเตือน การให้คำปรึกษา และการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย HIV ที่มีประวัติขาดนัดและใช้สารเสพติดให้กลับเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างมีวินัยและยั่งยืน ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับสถานบริการสุขภาพอื่นที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับใช้สารเสพติดได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืนผลการติดตามการรักษาผู้ป่วยแบบต่อเนื่องหลังนัดหมายมีส่วนช่วยอย่างมากในการเพิ่มอัตราการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิด Continuity of Care Model ที่กล่าวไว้ว่า การติดตามผลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ช่วยลดอัตราการขาดนัดและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส (ART) ประกอบกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ร่วมกับใช้สารเสพติด ที่เข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือฯได้รับการประเมินจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ค่า CD4, Viral Load และผลตรวจปัสสาวะซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือในการเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการปฏิบัติตามการรักษา ART ในผู้ป่วย HIV ร่วมกับใช้ยาเสพติด ที่ขาดนัด พบว่าโปรแกรม

ช่วยเหลือมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนทั้งในด้านการเพิ่มการมาตามนัด การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น ค่า CD4 ระดับ Viral Load และผลตรวจปัสสาวะ ให้ดีขึ้น [10,11,12]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม นายแพทย์บรรจบ อุบลแสน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด นางพิทภรณ์ พลโคต และทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ทีมคลินิกพิเศษ รับยา ART โรงพยาบาลสังคม ที่ให้ความร่วมมือในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วน รวมทั้งผู้ติดเชื้อ เอชไอวีทุกท่าน ที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลอันมีค่า

เอกสารอ้างอิง

1.ศรีราช ช.(2559). พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

2.กรมควบคุมโรค.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผลการดำเนินงานด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

3.วงศ์ชัย อ.(2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัดในผู้ป่วย HIV ในโรงพยาบาลภูเก็ต. วารสารวิจัยสาธารณสุข. 2563;22(4):95-101.

4.สูตรสุวรรณ ร.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2563;7(2):16-27.

5.กรมควบคุมโรค.(2566). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2566.

6.พิณทอง พ.(2561). ประสิทธิผลของการใช้ระบบแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือต่อพฤติกรรมการมาตามนัดและผลการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(4):685-94.

7.World Health Organization.(2023). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO Press; 2023.

8.หวังมุขกลาง ก, จันทะมน ก, ธีรโชติวัฒนา ไ, อันปัญญา จ, ธารณธนบูลย์ ว, ศรีราช ช, และคณะ.(2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่. นครราชสีมา: โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ; 2567.

9.Hinkin CH, Barclay TR, Castellon SA, Fidelin W, Moore DJ, Rivera Mindt M, et al.(2007). Drug use and medication adherence among HIV-1 infected individuals. AIDS Behav. 2007;11(2):185-94.

10.เลิศสาครศิริ ม, ชัยพิบาลสฤษฎ์ พ.(2556). การใส่ใจตนเอง สมรรถนะตนเอง คุณค่าของตนเอง และการจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารพยาบาลไทย. 2556;63(3):22-8.

11.Moucheraud C, Hoffman RM, Beith A, Mundy G, Jere E.(2019). Quality of antiretroviral therapy adherence counseling: a study of healthcare providers and patients in Malawi. AIDS Care. 2019;31(11):1358-65.

12.Holtzman CW, Shea JA, Glanz K, Jacobs LM, Gross R, Hines J, et al.(2015). Barriers and facilitators to retention in HIV care. AIDS Patient Care STDS. 2015;29(2):81-90.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ
Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Samut Prakan Province.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ดรุณี ไตรยางค์[1]
Darunee Traiyang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ ดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยการศึกษาเชิงปริมาณมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 305 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 12 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.6 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.7 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่า ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านการควบคุมพฤติกรรมการบริโภค การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และปัญหาด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การดูแลตนเอง, การสนับสนุนทางสังคม, การเข้าถึงบริการสุขภาพ

Abstract

This research aimed to study the quality of life and predictive factors of quality of life among type 2 diabetes patients in Samut Prakan Province. A Survey research data analyzed by mixed-methods design was employed. Quantitative studies involved a sample of 305 type 2 diabetes patients aged 18 years and older, selected using stratified random sampling. Data were collected using questionnaires on general information, a self-care ability assessment, a healthcare access assessment, a social support assessment, and a quality of life assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis. Qualitative studies collected data from 12 key informants through in-depth interviews, which were analyzed using content analysis.

The results showed that the majority of type 2 diabetes patients had a good overall quality of life (73.8%), followed by a moderate level (25.6%), and a poor level (0.7%). Factors that significantly predicted quality of life ($p < 0.05$) included self-care ability and social support. Access to healthcare services, adequacy of income for monthly expenses, and duration of diabetes illness collectively explained 46.2% of the variance in quality of life. Qualitative data reflected the significant roles of families, communities, and

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล งานวิจัยและนวัตกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

healthcare professionals in supporting patient care. However, limitations were found in controlling dietary habits, medication adherence, and household economic problems.

Keywords: Quality of life, Type 2 diabetes, Self-care, Social support, Access to healthcare services

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชน องค์การอนามัยโลกอธิบายว่า โรคเบาหวานเป็นภาวะเรื้อรังที่เกิดจากร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง และเมื่อควบคุมโรคได้ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ความเสียหายของระบบประสาท หลอดเลือด ตา ไต และหัวใจ[1]

จากรายงาน *IDF Diabetes Atlas* ฉบับที่ 10 พบว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะน้ำหนักเกิน การสูงวัยของประชากร และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในสังคมเมือง[2,3]

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มิได้ส่งผลกระทบเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง ภาวะจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน ภาวะปลายประสาทเสื่อม แผลเรื้อรังที่เท้า และการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสามารถในการประกอบอาชีพ[4]

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตคือการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะชีวิตของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่า เป้าหมาย ความคาดหวัง และความกังวลในชีวิต[5] สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน สุขภาพจิต และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน [6]

การดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem อธิบายว่า บุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ[6] นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน เป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น[7,8]

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดย Penchansky และ Thomas[9] อธิบายว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพประกอบด้วย ความพร้อมของบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ ความสามารถในการจ่าย การยอมรับบริการและความเหมาะสมของบริการต่อความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งการตรวจติดตามระดับน้ำตาล การประเมินภาวะแทรกซ้อน

การรับยา และการให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมจึงมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคเบาหวานยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2568 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.85 เป็นร้อยละ 10.11 ขณะที่จังหวัดสมุทรปราการมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.31 เป็นร้อยละ 7.14 ในช่วงเวลาเดียวกัน แม้อัตราป่วยของจังหวัดสมุทรปราการจะต่ำกว่าระดับประเทศ แต่แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อนถึงภาระโรคที่ขยายตัวในระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพื้นที่[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในระดับสถานบริการหรือโรงพยาบาลเฉพาะแห่ง ขณะที่การศึกษาระดับจังหวัดซึ่งสะท้อนบริบทของระบบบริการสุขภาพ ชุมชน ครอบครัว และปัจจัยทางสังคมยังมีจำกัด การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสมุทรปราการจึงมีความสำคัญต่อการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับพื้นที่อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอธิบายแบบลำดับขั้น (Sequential Explanatory Design) ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่ออธิบายและสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณให้มีความสมบูรณ์และชัดเจนมากยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem แนวคิด PRECEDE–PROCEED Model รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในหน่วยบริการสาธารณสุขของจังหวัดสมุทรปราการ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 305 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ

(Stratified Random Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมบริบทของพื้นที่บริการสุขภาพในจังหวัดสมุทรปราการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ในการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสะท้อนมุมมอง ประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อน และสิทธิการรักษาพยาบาล

2. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[6] เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ครอบคลุมด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามอาการ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale)

3. แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ

พัฒนาจากแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky และ Thomas[9] ครอบคลุมประเด็นด้านความสะดวกในการเดินทาง การได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ความพร้อมของบริการ และการได้รับข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

พัฒนาจากแนวคิดของ Cobb[7] และ House[11] เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ[12] ประกอบด้วยการประเมินคุณภาพชีวิต 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเชื่อมั่นและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในประเทศไทย

6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและการวิจัย จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 305 คน ภายหลังได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 12 คน โดยใช้วิธีบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนามร่วมกับการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดเทปสัมภาษณ์ อ่านทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบ จัดหมวดหมู่ข้อมูล และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ เพื่อใช้อธิบายและสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัว และการเก็บรักษาความลับของข้อมูล ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 305 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 มีอายุเฉลี่ย 65.07 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60–79 ปี ร้อยละ 69.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.3 และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 41.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 8,913.14 บาท โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน

2. ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ต่ำกว่า 7% ร้อยละ 45.6 มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.35 ปี โดยส่วนใหญ่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ 5–9 ปี ร้อยละ 30.8 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 99.3 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ ชาปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 22.3

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.3 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 33.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 30.34 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังควรได้รับการส่งเสริมด้านการ

ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.2 มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน สะท้อนว่าผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการ ตรวจติดตาม รับยา และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพได้ค่อนข้างดี

ด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.8 มีคะแนนเฉลี่ย 34.84 คะแนน แสดงถึงบทบาทสำคัญของครอบครัว ญาติ ชุมชน อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.6 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 99.89 คะแนน จากคะแนนเต็ม 125 คะแนน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านจิตวิญญาณมีสัดส่วนระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 73.4 รองลงมาคือด้านร่างกาย ร้อยละ 60.7 ส่วนด้านจิตสังคมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.9 สะท้อนว่าผู้ป่วยยังควรได้รับการส่งเสริมด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การพักผ่อน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความมั่นคงทางเศรษฐกิจเพิ่มเติม

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .534$, $p < .001$) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง มีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .478$, $p < .001$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตเช่นกัน ($r = .464$, $p < .001$)

ในขณะที่ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.336$, $p < .001$) และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.150$, $p = .009$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านรายได้หรือป่วยเป็นระยะเวลานาน มีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตลดลง

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Pearson's r	p-value	ทิศทาง
รายได้ต่อเดือน	.241	< .001	บวก
ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน	-.336	< .001	ลบ
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน	-.150	.009	ลบ
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.534	< .001	บวก
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.478	< .001	บวก
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	.464	< .001	บวก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยทุกตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีทั้งความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r = .534$, $p < .001$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดในกลุ่มตัวแปรที่ศึกษา แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดี เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามอาการอย่างเหมาะสม จะมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($r = .478$, $p < .001$) แสดงว่า ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก ได้รับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพอย่างเหมาะสม จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($r = .464$, $p < .001$) สะท้อนว่า การได้รับกำลังใจ ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข มีส่วนช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ($r = .241$, $p < .001$) แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้มากขึ้น มีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากสามารถเข้าถึงอาหารที่เหมาะสม การรักษาพยาบาล และการดูแลสุขภาพได้ดีกว่า

ในทางตรงกันข้าม ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = -.336$, $p < .001$) แสดงว่า เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้เพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตจะลดลง ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ($r = -.150$, $p = .009$) หมายความว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน มีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตลดลง อาจเนื่องมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความเสื่อมของร่างกาย และความเหนื่อยล้าจากการดูแลตนเองในระยะยาว

โดยสรุป ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ครั้งนี้สะท้อนว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขณะที่ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและระยะเวลาการป่วยที่ยาวนาน อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องควบคู่กันไป.

6. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.2 ($R^2 = .462$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	t	p-value
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.990	.162	6.118	< .001
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	.698	.166	4.205	< .001
ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน	-3.169	.668	-4.744	< .001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.463	.100	4.639	< .001
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน	-.392	.087	-4.527	< .001

หมายเหตุ: Constant = 25.613, R^2 = .462, p < .05

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.2 (R^2 = .462) แสดงว่า ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (B) เท่ากับ .990 และมีค่า t = 6.118 (p < .001) แสดงว่า เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .990 หน่วย โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นคงที่ สะท้อนว่าการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามอาการ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (B) เท่ากับ .698 และมีค่า t = 4.205(p < .001) แสดงว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเช่นกัน สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือนมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเป็นลบ (B = -3.169,t = -4.744, p < .001) แสดงว่า เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านความไม่เพียงพอของรายได้เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยปัจจัยด้านเศรษฐกิจอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงอาหารที่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ และภาระหนี้สินของครัวเรือน

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (B) เท่ากับ .463 และมีค่า t = 4.639 (p < .001) แสดงว่า ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพอย่างเหมาะสม จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ส่วนระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเป็นลบ (B = -.392, t = -4.527,p < .001) แสดงว่า ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน มีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตลดลง อาจเนื่องมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความเสื่อมของร่างกาย และความเหนื่อยล้าจากการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดังนี้

Y X_1 X_2 – X_3 X_4 – X_5

โดยที่

Y = คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

X_1 = ความสามารถในการดูแลตนเอง

X_2 = การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

X_3 = ความพอเพียงของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน

X_4 = การเข้าถึงบริการสุขภาพ

X_5 = ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขณะเดียวกัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะเวลานาน เพื่อป้องกันการลดลงของคุณภาพชีวิตในระยะยาว.

7. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และญาติผู้ดูแล จำนวน 12 คน พบประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาอุปสรรคในการดูแลรักษา

7.1 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่า ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถรับประทานยา เข้ารับการรักษาตามนัด และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดสำคัญด้านการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านวิถีชีวิต อายุที่เพิ่มขึ้น ภาวะโรคร่วม และพฤติกรรมการบริโภคที่คุ้นชินเป็นเวลานาน

นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายยังขาดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง เช่น การลืมรับประทานยา การละเลยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังหรือมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้การควบคุมโรคทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร

7.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก ทั้งการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเข้าพบแพทย์ตามนัด และการได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าระบบบริการสุขภาพในพื้นที่มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงมีการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจตา การตรวจเท้า และการประเมินการทำงานของไต ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในบางพื้นที่ เช่น จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ภาระงานสูง และระยะเวลาการให้บริการที่จำกัด ส่งผลให้การให้คำปรึกษาเชิงลึกและการติดตามผู้ป่วยบางรายยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

7.3 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ครอบครัว ญาติผู้ดูแล อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในด้านอารมณ์ สังคม และการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจ

การดูแลเอาใจใส่ การจัดเตรียมอาหาร การเตือนรับประทานยา และการช่วยเหลือด้านการเดินทางไปพบแพทย์จากบุคคลในครอบครัว

นอกจากนี้ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขยังมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และสามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

7.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคสำคัญหลายประการ ได้แก่ การควบคุมพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารตามความเคยชิน การลืมรับประทานยา การขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนว่า ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ และลดความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะที่บุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย ส่งผลให้การติดตามดูแลและการให้ความรู้เชิงลึกยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่

โดยสรุป ผลการศึกษาเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านความสามารถในการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะบทบาทของครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ พฤติกรรมสุขภาพ และภาระของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืน



แผนภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับสูง ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยเหล่านี้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งอธิบายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม เป้าหมาย ความคาดหวัง สุขภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (The WHOQOL Group, 1995; World Health Organization, n.d.)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณและด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมากกว่าด้านจิตสังคม อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง จึงสามารถปรับตัวยอมรับภาวะสุขภาพ และดำเนินชีวิตตามบริบทครอบครัวและชุมชนได้ อย่างไรก็ตาม ด้านจิตสังคมยังพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าแม้ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมทางสังคม การพักผ่อน และภาระในครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตตามกรอบ WHOQOL-BREF-THAI ที่ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม[12,13]

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต และเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องมีบทบาทหลักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การติดตามระดับน้ำตาล และการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดีจึงมีโอกาสควบคุมโรคได้ดี ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ที่ระบุว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นศักยภาพสำคัญของบุคคลในการธำรงสุขภาพและความผาสุก[6]

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการจัดการตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดย Schmitt et al. (2013) พัฒนาแบบวัด Diabetes Self-Management Questionnaire และพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขณะที่งานวิจัยของ Alsayed Hassan et al.[14] และ Al Gamal et al.[15] พบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล อสม. และบุคลากรสาธารณสุข ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การเตือนรับประทานยา การช่วยเหลือในการเดินทาง และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนดังกล่าวช่วยลดความเครียด เพิ่มแรงจูงใจ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Cobb ที่อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าตนได้รับความรัก การยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม[7] รวมทั้งแนวคิดของ House ที่

แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นด้านอารมณ์ ข้อมูล การประเมินค่า และการช่วยเหลือเชิงรูปธรรม[11]

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chan et al.[16] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อผลลัพธ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานผ่านกลไกด้าน self-efficacy และ diabetes distress และสอดคล้องกับงานของ Wang et al.[17] พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมั่นในตนเอง การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Jafari et al. ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม ภาวะแทรกซ้อน ความเครียดจากโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตและเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่สามารถเดินทางไปรับบริการได้สะดวก ได้รับยาต่อเนื่อง ได้รับการตรวจติดตามระดับน้ำตาล และได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เช่น ตา ไต และเท้าอย่างสม่ำเสมอ ย่อมมีโอกาสควบคุมโรคได้ดี ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[18] แนวคิดของ Penchansky และ Thomas อธิบายว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับระบบบริการ ซึ่งครอบคลุมความพร้อมของบริการ ความสะดวก ความสามารถในการจ่าย การยอมรับ และความเหมาะสมของบริการต่อความต้องการของผู้ป่วย[9] ผลดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE–PROCEED Model ของ Green และ Kreuter ซึ่งมองว่าพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพจัดเป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนจัดเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพเกิดความต่อเนื่อง [19]

สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ขณะที่ความไม่เพียงพอของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค เข้าถึงบริการสุขภาพ เดินทางไปรับการรักษา และจัดการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพได้ดีกว่า ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านรายได้อาจต้องเผชิญข้อจำกัดในการเลือกอาหาร การเดินทาง การซื้ออุปกรณ์สุขภาพ หรือการดูแลตนเองต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ International Diabetes Federation ที่ระบุว่าโรคเบาหวานก่อให้เกิดภาระทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และระบบสุขภาพ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก[2]

ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตและเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะเวลานานมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลง อาจเนื่องมาจากการสะสมของภาวะแทรกซ้อน ความเสื่อมของร่างกาย ความเหนื่อยล้าจากการดูแลตนเองในระยะยาว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคในอนาคต สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ American Diabetes Association ที่เน้นว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรครอบคลุมการควบคุมระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลปัจจัยเสี่ยงร่วม และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง[20]

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพสนับสนุนผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณอย่างชัดเจน โดยสะท้อนว่าแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการเยี่ยมบ้าน และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน อสม. และบุคลากรสาธารณสุข

แต่ยังพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การควบคุมอาหารไม่เหมาะสม การลืมรับประทานยา ภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรสุขภาพ ประเด็นเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ควรจำกัดเฉพาะการรักษาทางการแพทย์ แต่ควรใช้แนวทางแบบองค์รวมที่บูรณาการการดูแลตนเอง การสนับสนุนครอบครัวและชุมชน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการลดข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจร่วมกัน

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีปัจจัยสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยยาวนาน ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยเน้นการเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ควบคู่กับการติดตามเชิงรุกและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสาธารณสุขควรส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาระบบบริการเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามผ่านระบบ Telemedicine และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะเครียดที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มเติม

ควรศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่

ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง

เอกสารการอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). *Diabetes*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). International Diabetes Federation. https://diabetesatlas.org/
3. Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. N., Mbanya, J. C., Pavkov, M. E., Ramachandaran, A., Wild, S. H., James, S., Herman, W. H., Zhang, P., Bommer, C., Kuo, S., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice, 183*, 109119. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119

4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care, 47*(Supplement 1), S20–S42. https://doi.org/10.2337/dc24-S002
5. The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment: Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403–1409. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K
6. Alzahrani, O., Fletcher, J. P., & Hitos, K. (2023). Quality of life and mental health measurements among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes, 21*, 27. https://doi.org/10.1186/s12955-023-02111-3
7. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314. https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003
8. Almubaid, Z., Alwosaibai, A., Alghamdi, A., Alotaibi, M., & Alharbi, M. (2024). The impact of social support on health outcomes of diabetic patients: A systematic review. *Cureus, 16*(7), e64639. https://doi.org/10.7759/cureus.64639
9. Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127–140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001
10. กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน*. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
11. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
12. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
13. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI*. กระทรวงสาธารณสุข. https://dmh.go.th/test/whoqol/
14. Alsayed Hassan, D., Abd El-Aziz, T. M., & Abd El-Hameed, H. S. (2022). Diabetes self-management and health-related quality of life among type 2 diabetic patients. *Healthcare, 10*(11), 2124. https://doi.org/10.3390/healthcare10112124
15. Al Gamal, E., Long, T., & Livesley, J. (2024). Relationship between self-management and quality of life among patients with diabetes. *The Open Nursing Journal, 18*, e18744346309631. https://doi.org/10.2174/0118744346309631240104061102
16. Chan, C. K. Y., Cockshaw, W., Smith, K., Holmes-Truscott, E., Pouwer, F., & Speight, J. (2020). Social support and self-care outcomes in adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice, 163*, 108145. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108145
17. Wang, L., Gao, P., Zhang, M., Huang, Z., Zhang, D., Deng, Q., Li, Y., Zhao, Z., Qin, X., Jin, D., Zhou, M., Tang, X., Hu, Y., & Wang, L. (2024). Examining the relationship between social support, self-efficacy, diabetes self-management, and quality of life among rural individuals with type 2 diabetes in eastern China: Path analytical approach. *JMIR Public Health and Surveillance, 10*, e54402. https://doi.org/10.2196/54402
18. Jafari, A., Goudarzian, A. H., Bagheri, H., & Khademian, Z. (2024). Relationship between diabetes health literacy, distress, burnout, social support, complications of diabetes, self-care behaviors, and quality of life among patients with type 2 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome, 16*, 147. https://doi.org/10.1186/s13098-024-01391-z
19. Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
20. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care, 47*(Suppl. 1), S1–S350. https://doi.org/10.2337/dc24-SINT

การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาประสะไพล ในการรักษาอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิในสตรีโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี

DEVELOPMENT OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES AND EVALUATION OF EFFICACY AND SAFETY OF PRASAPLAI FOR TREATMENT OF PRIMARY DYSMENORRHEA IN WOMEN AT HOSPITALS IN UDON THANI PROVINCE.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

สมชาย ชินวานิชย์เจริญ [1]รสมาลิน อินตายวง[1], สมปราชญ์ ชินวานิชย์เจริญ[2]
Somchai Chinwanitjaroen [1], Rossamalin Intayuang[1], Somprat Chinwanitjaroen [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline; CPG) ด้วยยาประสะไพล (2) ประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย และ (3) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสู่ระบบสาธารณสุข การวิจัยนี้เป็นกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ในสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิ รับประทานยาประสะไพล 1,000 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เป็นเวลา 5 วัน จำนวน 1 รอบเดือน วิเคราะห์คะแนนปวด VAS และคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ด้วยสถิติ Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test ประเมินความปลอดภัยจากค่าชีวเคมีเลือด การทำงานของตับและไต

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 ได้ CPG ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ เกณฑ์วินิจฉัย การคัดเลือกผู้ป่วย แนวทางสั่งใช้ยา การติดตาม และเกณฑ์ส่งต่อ ผ่านการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย อายุเฉลี่ย 30.27 ± 4.76 ปี คะแนนความปวด VAS ลดลงจาก 6.33 ± 1.63 เป็น 4.27 ± 1.93 ความแตกต่างเฉลี่ย 2.07 คะแนน (95%CI: 1.30–2.84; p<0.001) ผ่านเกณฑ์ MCID ≥2 คะแนน และค่า EQ-5D-5L Utility Index เพิ่มขึ้นจาก 0.725 เป็น 0.934 (p=0.001) ค่าทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกรายการ (p>0.05) ระยะที่ 3 คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลด้านสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีมีมติเห็นชอบประกาศใช้ CPG เป็นมาตรฐานระดับจังหวัด

คำสำคัญ: แนวทางเวชปฏิบัติ, ความปลอดภัย, ยาประสะไพล, ยาสมุนไพร, อาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิ

Abstract

This study had three objectives: (1) to develop a CPG for Prasaplai in the management of primary dysmenorrhea, (2) to evaluate its clinical efficacy and safety, and (3) to formulate policy recommendations for integration into the public health system. This study was single-group pre-post quasi-experimental study was conducted among women diagnosed with primary dysmenorrhea. Participants received oral Prasaplai 1,000 mg three times daily before meals for five consecutive days within one menstrual cycle. Pain severity was measured using the Visual Analogue Scale (VAS) and health-related quality of life was assessed with the EQ-5D-5L instrument. Pre- and post-intervention comparisons were performed using Paired t-test and Wilcoxon signed-rank test. Safety was monitored through blood biochemistry profiles and hepatic and renal function tests.

Result: Phase 1 yielded a CPG encompassing five core domains: diagnostic criteria, patient eligibility, prescribing protocols, monitoring procedures, and referral criteria; the guideline received formal validation by the expert panel. In Phase 2, a total of 30 participants with a mean age of 30.27 ± 4.76 years were enrolled. VAS pain scores declined significantly from 6.33 ± 1.63 at baseline to 4.27 ± 1.93 post-intervention, representing a mean difference of 2.07 points (95% CI: 1.30–2.84; p<0.001), which exceeded the established Minimal Clinically Important Difference (MCID) threshold of ≥2 points. The EQ-5D-5L Utility Index improved from 0.725 to 0.934 (p=0.001). All biochemical laboratory parameters remained within normal reference ranges throughout the study period (p>0.05),

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
[2] โรงพยาบาลอุดรธานี

indicating an acceptable safety profile. In Phase 3, the Udon Thani Provincial Health Planning and Evaluation Committee formally resolved to adopt the CPG as the provincial standard of practice.

Keywords: clinical practice guideline, safety, Prasaplai, herbal medicine, primary dysmenorrhea

บทนำ

อาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิ (Primary Dysmenorrhea) เป็นปัญหาทางนรีเวชที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลก โดยมีรายงานความชุกในช่วงร้อยละ 45–95 และในจำนวนนี้ร้อยละ 10–25 มีอาการรุนแรงถึงขั้นต้องหยุดงานหรือขาดเรียน[1] ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาในนักศึกษาแพทย์โรงพยาบาลศิริราชพบความชุกสูงร้อยละ 81.5[2] ขณะที่นักศึกษาพยาบาลมีความชุกร้อยละ 86.4[3] อาการปวดที่เกิดขึ้นส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการทำงาน คุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย[4]

พยาธิสรีรวิทยาของอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิเกิดจากการสังเคราะห์ prostaglandins มากเกินปกติในเยื่อบุโพรงมดลูก โดยเฉพาะ PGF2α และ PGE2 ซึ่งกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวรุนแรงและลดการไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในกล้ามเนื้อมดลูก การรักษามาตรฐานในปัจจุบันใช้ยากลุ่ม NSAIDs เช่น Mefenamic acid และ Ibuprofen ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase (COX) แม้จะมีประสิทธิผลดี แต่พบอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหาร และไตได้บ่อย[5] นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า NSAIDs กลุ่มที่ยับยั้ง COX-2 อาจรบกวนกระบวนการตกไข่และการเจริญของฟอลลิเคิล[6] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Cochrane พบว่าหลักฐานสนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับอาการปวดประจำเดือนยังคงมีคุณภาพต่ำ[7] เหล่านี้ทำให้ความต้องการทางเลือกการรักษาที่มีความปลอดภัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ยาประสะไพลเป็นตำรับยาสมุนไพรไทยที่ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร [(13)] สำหรับใช้รักษาอาการปวดประจำเดือน ตำรับประกอบด้วยสมุนไพร 12 ชนิด โดยมีเหง้าไพล (Zingiber montanum) เป็นส่วนประกอบหลัก สารสำคัญในกลุ่ม phenylbutanoid compounds จากไพลมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ COX-1 และ COX-2[8] Nualkaew และคณะ[9] แสดงให้เห็นว่าตำรับประสะไพลมีฤทธิ์คลายการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกหนูทดลองแบบ in vitro หลักฐานทางคลินิกจาก Kamalashiran & Lekskulchai[10] พบว่าประสิทธิผลของยาประสะไพลไม่แตกต่างจาก Mefenamic acid อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับ Vannabhum และคณะ[11] และ meta-analysis โดย Phimarn และคณะ[12] ที่ยืนยันว่ายาประสะไพลลดคะแนนความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ

แม้ยาประสะไพลจะมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลในการลดปวดประจำเดือน แต่ยังขาดหลักฐานคุณภาพสูงในประชากรจังหวัดอุดรธานี และยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน รวมทั้งขาดรูปแบบการนำสู่ระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฯ ณ โรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี พร้อมประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดการใช้สมุนไพรไทยอย่างเป็นระบบและบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิในสตรีด้วยยาประสะไพลโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี
2. เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการปวดประจำเดือนด้วย Visual Analog Scale (VAS) ก่อนและหลังการใช้ยาประสะไพล
3. ประเมินความปลอดภัยของยาประสะไพลโดยติดตามอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์และค่าทางห้องปฏิบัติการ
4. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง แบบผสมผสาน (Mixed Methods) ตามแบบแผน Exploratory Sequential Design[15] ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนา CPG ระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย และระยะที่ 3 จัดทำและขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 18–40 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิ (ICD-10: N94.4) โดยไม่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน และมีรอบเดือนสม่ำเสมอ 21–35 วัน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีประวัติปวดประจำเดือนปฐมภูมิตั้งแต่ 3 รอบเดือนขึ้นไป คะแนนความปวด VAS ≥ 4 คะแนน ไม่มีประวัติแพ้ยาประสะไพลหรือส่วนประกอบ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ภาวะปวดประจำเดือนทุติยภูมิ โรคตับหรือค่า AST/ALT สูงกว่า 2 เท่าของค่าปกติ โรคไต (eGFR < 60 mL/min/1.73 m²) นิ่วในถุงน้ำดี ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ได้รับ NSAIDs ยาคุมกำเนิดหรือฮอร์โมนใดๆ ภายใน 3 เดือน

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1[16] สำหรับ Paired t-test โดยกำหนดค่า effect size (dz) = 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05 และค่า power (1–β) = 0.95 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 27 ราย ปรับเพิ่มร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่าง 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยใช้เครื่องมือหลัก 4 ชนิด ได้แก่ (1) Visual Analog Scale (VAS) เป็นสเกลเส้นตรงตัวเลข 1-10 ประเมินระดับความปวด 0–10 คะแนน กำหนดค่า MCID ≥ 2 คะแนน (2) EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ประเมิน 5 มิติ คำนวณ Utility Index (0–1) ด้วย Thai Value Set (3) Naranjo's Algorithm แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์กับยา 10 ข้อ (4) Case Record Form (CRF) สำหรับบันทึกข้อมูลพื้นฐานและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือที่พัฒนาโดยทีมวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ≥ 0.80

ยาประสะไพลใช้รูปแบบแคปซูล ขนาด 500 มิลลิกรัม บรรจุในบัญชียาสมุนไพรของโรงพยาบาลอุดรธานี โปรโตคอลการรักษารับประทาน 1,000 มิลลิกรัม (2 แคปซูล) วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เริ่มก่อนประจำเดือน 3 วันและต่อเนื่องถึงวันที่ 2 ของรอบเดือน รวม 5 วันต่อรอบเดือน ห้ามใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่นหรือประคบร้อนร่วมในช่วงทดลอง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, ThaiJo และ TCI ครอบคลุมปี พ.ศ. 2553–2568 จากนั้นจัดประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ 5 ท่าน ผ่านระบบออนไลน์ 2 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Content Analysis และให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินร่างแนวทางเวชปฏิบัติด้วยแบบสอบถาม

ระยะที่ 2 ดำเนินการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยในวันที่ 0 บันทึก VAS, EQ-5D-5L ค่าพื้นฐาน และเก็บเลือดตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ในวันที่ 1–5 ผู้เข้าร่วมวิจัยรับประทานยาตามโปรโตคอลและบันทึก VAS กับ ADR ลงใน Pain Diary เจ้าหน้าที่โทรติดตามในวันที่ 5 ประเมิน VAS, EQ-5D-5L, Naranjo's Algorithm หลังการรักษา นับยาคืน และตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการซ้ำ

ระยะที่ 3 นำผลลัพธ์แนวทางเวชปฏิบัติจากระยะที่ 1 และทางคลินิกจากระยะที่ 2 มาจัดทำ Policy Brief นำเสนอต่อผู้บริหาร และดำเนินการประกาศใช้ CPG ในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) จังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 วิเคราะห์ด้วย Content Analysis ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และ 95% CI สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลต่อเนื่องรายงานเป็น Mean ± SD

หรือ Median (IQR) ข้อมูลเชิงกลุ่มรายงานเป็นความถี่และร้อยละ ก่อนเลือกสถิติทดสอบทำการตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test ข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติวิเคราะห์ด้วย Paired t-test ข้อมูลที่ไม่เป็นการแจกแจงปกติวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No. 64/2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

คณะผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ 2 ท่าน และแพทย์แผนไทย 2 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน ซึ่งทุกท่านมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร่วมกันประชุมออนไลน์ 2 ครั้ง (ตาราง 1) จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของยาประสะไพลทั้งจากการศึกษาเภสัชวิทยา[8,9] และการศึกษาทางคลินิก[10–12] แนวทางเวชปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก (ตาราง 2) ได้แก่ (1) เกณฑ์การวินิจฉัย (2) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย (3) แนวทางการสั่งใช้ยา (4) การติดตามและเฝ้าระวัง และ (5) เกณฑ์การส่งต่อ ผ่านการประเมิน IOC = 0.93 และได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน

ตาราง 1 ลักษณะของคณะผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (n = 5)

ลำดับ	สาขาเชี่ยวชาญ	จำนวน (ท่าน)	ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง	รูปแบบการมีส่วนร่วม
1	สูตินรีแพทย์ (รพ.อุดรธานี)	2	ดูแลรักษาหญิงปวดประจำเดือน ≥ 5 ปี	ประชุมออนไลน์ 2 ครั้ง
2	แพทย์แผนไทย (รพ.อุดรธานี)	2	ใช้ยาสมุนไพรทางคลินิก ≥ 5 ปี	ประชุมออนไลน์ 2 ครั้ง
3	เภสัชกร (รพ.อุดรธานี)	1	จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ในหญิงปวดประจำเดือน ≥ 5 ปี	ประชุมออนไลน์ 2 ครั้ง

หมายเหตุ: ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของเนื้อหา และให้ความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์

ตาราง 2 สาระสำคัญของแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาประสะไพลในการรักษาอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิ

องค์ประกอบ CPG	สาระสำคัญ	รายละเอียดเพิ่มเติม / ข้อควรระวัง
1. เกณฑ์การวินิจฉัย	ปวดท้องน้อยแบบบีบรัด เริ่มใน 24–72 ชั่วโมง ก่อนหรือหลังเริ่มมีประจำเดือน ไม่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน ประเมินด้วย VAS/NRS	แยกโรคจาก endometriosis, myoma uteri, adenomyosis, PID; พิจารณา ultrasound ในรายที่สงสัย
2. เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย	VAS/NRS ≥ 4 คะแนน หรือมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน หรือไม่ตอบสนอง/มีข้อห้ามต่อ NSAIDs หรือต้องการทางเลือกแพทย์แผนไทย	ข้อห้าม: ตั้งครรภ์/ให้นมบุตร/ผ่าคลอด, โรคตับ, นิ่วในถุงน้ำดี, มีไข้, เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย, ก้อนในอุ้งเชิงกรานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย, ระดูมากกว่าปกติ, แพ้ยาประสะไพล
3. แนวทางการสั่งใช้ยา	1,000 มก. วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เริ่มเมื่อมีอาการ 2 วันก่อนมีประจำเดือน รับประทานต่อเนื่องจนอาการทุเลา ไม่เกิน 5 วันต่อรอบ	ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเกิน 3 รอบโดยไม่ประเมินผล; หากไม่ดีขึ้นใน 48 ชม. พิจารณาเพิ่ม paracetamol หรือ NSAIDs ร่วม
4. การติดตามผล	ประเมิน VAS/NRS และ EQ-5D-5L ทุก 3 เดือนในรายที่ยังไม่คงที่ และทุก 6 เดือนในรายที่ควบคุมได้ดี; เฝ้าระวัง ADR (คลื่นไส้ แสบท้อง ผื่น)	ตรวจ ALT, AST, ALP ก่อนเริ่มและทุก 6 เดือนในรายที่ใช้ต่อเนื่อง; ประเมินการตั้งครรภ์ก่อนให้ยาทุกรอบเดือน; ตรวจไตในรายโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 2 สาระสำคัญของแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาประสะไพลในการรักษาอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิ

องค์ประกอบ CPG	สาระสำคัญ	รายละเอียดเพิ่มเติม / ข้อควรระวัง
5. เกณฑ์การส่งต่อ	ไม่ตอบสนองใน 3 รอบเดือน; พบ ADR รุนแรง (เช่น ผื่นแพ้รุนแรง ค่าตับผิดปกติ); สงสัยปวดประจำเดือนทุติยภูมิ	สัญญาณอันตราย: ปวดรุนแรงไม่ตอบสนองต่อยา, มีไข้ร่วม, เลือดออกมากผิดปกติ, มีอาการแพ้ยา (หายใจลำบาก หน้าบวม ลมพิษ); พิจารณาส่งต่อเมื่อพบ dyspareunia, อาการปวดเปลี่ยนรูปแบบ, หรือตรวจพบก้อนในอุ้งเชิงกราน

หมายเหตุ: CPG = Clinical Practice Guideline; VAS = Visual Analog Scale; NRS = Numeric Rating Scale; LFT = Liver Function Test; ADR = Adverse Drug Reaction; NSAIDs = Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs

ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 30.27 ± 4.76 ปี (Median 30 ปี, IQR: 27–33) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 83.3) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 76.7) ใช้สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 66.7) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.18 ± 3.34 kg/m² มีประวัติอาการปวดประจำเดือนเฉลี่ย 11.33 ± 7.43 เดือน รายละเอียดแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไป ประวัติสุขภาพ และประวัติการมีประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ตัวแปร	n	ร้อยละ	Mean ± SD / Median (IQR)
อายุ (ปี)	30		30.27 ± 4.76 / 30 (27–33)
ดัชนีมวลกาย BMI (kg/m²)	30		22.18 ± 3.34
สถานภาพสมรส: โสด	25	83.3	
ระดับการศึกษา: ปริญญาตรี	23	76.7	
สิทธิการรักษา: ประกันสังคม	20	66.7	
ระยะเวลาที่มีอาการปวดประจำเดือน (เดือน)	30		11.33 ± 7.43 / 12 (5–17)

หมายเหตุ: ตัวแปรต่อเนื่องรายงานเป็น Mean ± SD และ Median (IQR); ตัวแปรเชิงกลุ่มรายงานเป็นจำนวน (ร้อยละ)

คะแนนความปวด VAS

หลังการรักษาด้วยยาประสะไพล คะแนนความปวด VAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 6.33 ± 1.63 คะแนน เป็น 4.27 ± 1.93 คะแนน ความแตกต่างเฉลี่ย 2.07 คะแนน (95% CI: 1.30–2.84; Paired t-test: t = 5.477, df = 29, p< 0.001) ความแตกต่างนี้ผ่านเกณฑ์ Minimal Clinically Important Difference (MCID ≥ 2 คะแนน)

คุณภาพชีวิต EQ-5D-5L

คุณภาพชีวิตโดยรวมวัดด้วย EQ-5D-5L Utility Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการรักษา จาก Median 0.725 (IQR: 0.491–0.900) เป็น 0.934 (IQR: 0.759–0.943) (Wilcoxon Z = −3.251, p= 0.001) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบ 3 มิติที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความปวด/ไม่สบาย (Z = −3.559, p< 0.001) ด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (Z = −2.653, p= 0.008) และด้านกิจกรรมประจำวัน (Z = −2.070, p= 0.038) รายละเอียดแสดงในตาราง 4

ความปลอดภัย

ผลการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่าง 25 รายที่มีข้อมูลครบถ้วน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p> 0.05 ทุกตัวแปร) ทั้งค่าความสมบูรณ์ของเลือด ค่าการทำงานของตับ (AST, ALT) และค่าการทำงานของไต (BUN, Creatinine) ค่าทุกรายการอยู่ในช่วงอ้างอิงปกติ

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนความปวด VAS คุณภาพชีวิต EQ-5D-5L และค่าทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการรักษาด้วยยาประสะไพล

ตัวแปร	**ก่อนรักษา** (Mean±SD หรือ Median [IQR])	**หลังรักษา** (Mean±SD หรือ Median [IQR])	**ค่าสถิติ**	**p-value**
ประสิทธิผล				
คะแนนความปวด VAS (0–10) (n=30)	6.33 ± 1.63	4.27 ± 1.93	t = 5.477	<0.001**
EQ-5D-5L Utility Index (n=30)	0.725 (0.491–0.900)	0.934 (0.759–0.943)	Z = −3.251	0.001**
EQ-5D-5L รายด้าน (Median)				
การเคลื่อนไหว (Mobility)	1 (1–2)	1 (1–2)	Z = −0.456	0.648
การดูแลตนเอง (Self-care)	1 (1–2)	1 (1–2)	Z = −1.588	0.112
กิจกรรมประจำวัน (Usual activities)	1 (1–2)	1 (1–2)	Z = −2.070	0.038*
ความปวด/ไม่สบาย (Pain/Discomfort)	3 (2–4)	2 (1–2)	Z = −3.559	<0.001**
ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (Anxiety/Depression)	1 (1–2)	1 (1–1)	Z = −2.653	0.008**
ความปลอดภัย ค่าทางห้องปฏิบัติการ (n=25)				
AST (U/L)	21.76 ± 4.74	21.36 ± 3.59	t = 0.445	0.660
ALT (U/L)	12.60 ± 5.77	12.76 ± 4.86	t = −0.168	0.868
BUN (mg/dL)	11.92 ± 3.20	11.95 ± 3.37	t = −0.081	0.936
Creatinine (mg/dL)	0.74 ± 0.12	0.75 ± 0.14	t = −0.352	0.728
Hemoglobin (g/dL)	12.76 ± 0.92	12.77 ± 1.06	t = −0.107	0.916
Platelet (×10³/μL)	299.00 ± 51.47	299.44 ± 50.29	t = −0.127	0.900

** p <0.05; ** p <0.01; VAS วิเคราะห์ด้วย Paired t-test (Mean ± SD); EQ-5D-5L วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test (Median, IQR); คะแนน EQ-5D-5L รายด้าน: 1 = ไม่มีปัญหา ถึง 5 = มีปัญหามากที่สุด*

ระยะที่ 3: การจัดทำและขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย

คณะผู้วิจัยนำหลักฐานการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและผลทางคลินิกจากระยะที่ 1 และ 2 มาจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย 3 ระดับ (ตาราง 5) ที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) จังหวัดอุดรธานี มีมติเห็นชอบให้ประกาศใช้แนวทางเวชปฏิบัติเป็นมาตรฐานระดับจังหวัด มีผลบังคับใช้กับโรงพยาบาลทุกระดับและ รพ.สต. ทุกแห่ง จัดทำสื่อเผยแพร่ทั้งในรูปแบบคู่มือฉบับพิมพ์ Infographic Algorithm และ E-book และจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขสหวิชาชีพจังหวัดอุดรธานี 150 คน

ตาราง 5 สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายการใช้ยาประสะไพล 3 ระดับ จังหวัดอุดรธานี

ระดับนโยบาย	ผู้รับข้อเสนอ	ข้อเสนอหลัก	เป้าหมาย / ผลที่คาดหวัง
จังหวัด	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	บรรจุ CPG ใน Service Plan + บริหารระบบคลังยาประสะไพลใน รพช./รพ.สต.	ลดการใช้ NSAIDs; เพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพร
เขตสุขภาพที่ 8	ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 8	ขยายผลไปยัง 6 จังหวัดในเขต + บรรจุ CPG ใน Service Plan ระดับเขต	มาตรฐานการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานในระดับเขตสุขภาพ
ระดับประเทศ	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	National CPG + ขยายสิทธิเบิกจ่ายใน 3 ระบบหลักประกัน	มาตรฐานการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานในระดับประเทศ

หมายเหตุ: CPG = Clinical Practice Guideline; KPI = Key Performance Indicator; NSAIDs = Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs; รพช. = โรงพยาบาลชุมชน; รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานโดยพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัยของยาประสะไพลในจังหวัดอุดรธานี

ประสิทธิผลในการลดความปวด

ยาประสะไพลลดคะแนนความปวด VAS ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทางคลินิก ผ่านเกณฑ์ MCID ≥ 2 คะแนน โดยลดลงเฉลี่ย 2.07 คะแนน (95% CI: 1.30–2.84; p<0.001) สอดคล้องกับ Kamalashiran & Lekskulchai [10] ที่พบว่าประสิทธิผลของยาประสะไพลในการลดปวดประจำเดือนปฐมภูมิไม่แตกต่างจาก Mefenamic acid 500 มิลลิกรัม และสอดคล้องกับ Vannabhum และคณะ [11] ผลจากการศึกษาแบบ RCT ที่ศิริราชพยาบาลพบว่ากลุ่มที่ได้รับยาประสะไพลมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ลดปวดสำเร็จ (ผลต่าง NRS ≥ 2) มากกว่ากลุ่มยาหลอกในวันที่ 1 และวันที่ 2 นอกจากนี้ meta-analysis ของ Phimarn และคณะ[12] ที่รวบรวม 4 RCTs จำนวนผู้ป่วย 460 ราย พบว่า pooled mean difference เท่ากับ -1.24 (95% CI: -1.90 ถึง -0.59; p = 0.0002)

ผลต่อคุณภาพชีวิต

คะแนนอรรถประโยชน์ หรือ EQ-5D-5L Utility Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 0.725 เป็น 0.934 (p= 0.001) โดยพบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน 3 มิติ ได้แก่ ด้านความปวด/ไม่สบาย ด้านกิจกรรมประจำวัน และด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า สอดคล้องกับ Schoep และคณะ [4] ที่รายงานว่าอาการปวดประจำเดือนส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ และประสิทธิภาพการทำงาน การที่ผู้ป่วยรายงานความวิตกกังวล/ซึมเศร้าลดลงน่าจะเป็นผลทางอ้อมจากการควบคุมอาการปวดได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงยังไม่อาจตัด placebo effect ออกได้

ความปลอดภัย

ค่าทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการทำงานของตับ (AST, ALT) ไต (BUN, Creatinine) และค่าทางโลหิตวิทยา (Hct, Hb) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญก่อนและหลังการรักษา (p>0.05) และอยู่ในช่วงปกติตลอดการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ Kamalashiran & Lekskulchai [10] ที่ติดตามผู้ป่วย 3 เดือนโดยไม่พบความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการหรืออาการข้างเคียงรุนแรง รวมถึงสอดคล้องกับ Sawangjit และคณะ[18] และ Vannabhum และคณะ [11] นอกจากนี้ Phimarn และคณะ [12] พบว่าจาก meta-analysis ผู้ป่วยกลุ่มยาประสะไพลมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่ากลุ่ม NSAIDs โดยเฉพาะอาการทางระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ NSAIDs[5] อย่างไรก็ตาม การติดตามเพียง 1 รอบเดือนยังไม่เพียงพอสำหรับการสรุปผลความปลอดภัยระยะยาว ควรมีการศึกษาที่ติดตามอย่างน้อย 3–6 รอบเดือน

การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและข้อเสนอเชิงนโยบาย

การที่แนวทางเวชปฏิบัติ 5 องค์ประกอบที่พัฒนาขึ้นได้รับมติเห็นชอบจาก กวป. จังหวัดอุดรธานีให้ประกาศใช้เป็นมาตรฐานระดับจังหวัด สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์จากผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวทางของ Burnett & Lemyre[19] มีประสิทธิผลในการนำสู่การปฏิบัติ การบูรณาการดังกล่าวสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566–2570[14] และการที่ยาประสะไพลได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2566[13] ในการผลักดัน CPG สู่การปฏิบัติ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องที่ยังไม่มีกลุ่มควบคุม และควรได้รับการติดตามต่อเนื่องหลายรอบเดือนในหญิงปวดประจำเดือนปฐมภูมิ ดังนั้นผลการวิจัยนี้จึงเป็นหลักฐานเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาต่อยอดในการศึกษาแบบ multi-center RCT เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ภก.มะโนตร์ นาคะวัจนะ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (ด้านเภสัชสาธารณสุข) ที่ให้คำปรึกษาแนะนำด้านงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณคณะแพทย์และแพทย์แผนไทยในทีมวิจัย โรงพยาบาลอุดรธานี ทุกท่านที่มีส่วนร่วมสำคัญในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. Epidemiol Rev. 2014;36(1):104–13. doi: 10.1093/epirev/mxt009
2. Tanmahasamut P, Chawengsettakul S. Dysmenorrhea in Siriraj medical students: prevalence, quality of life, and knowledge of management. J Med Assoc Thai. 2012;95(8):1115–21.
3. Butsripoom B, Wittayapun Y. Prevalence, impact and self-management of dysmenorrhea among nursing students. Songklanagarind J Nurs. 2019;39(1):41–52.
4. Schoep ME, Adang EMM, Maas JWM, et alProductivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 womenBMJ Open 2019;9:e026186. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026186
5. Hawkins C, Hanks GW. The gastroduodenal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a review of the literature. J Pain Symptom Manage. 2000;20(2):140–51. doi: 10.1016/S0885-3924(00)00175-5
6. Pall M, Fridén BE, Brännström M. Induction of delayed follicular rupture in the human by the selective COX-2 inhibitor rofecoxib: a randomized double-blind study. Hum Reprod. 2001;16(7):1323–8.
7. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkamhang US, Barnes J, Seyfoddin V, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(3):CD002124. doi: 10.1002/14651858.CD002124.pub2
8. Waltenberger B, Schuster D, Paramapojn S, Gritsanapan W, Wolber G, Rollinger JM, et al. Predicting cyclooxygenase inhibition by three-dimensional pharmacophoric profiling. Part II: Identification of enzyme inhibitors from Prasaplai, a Thai traditional medicine. Phytomedicine. 2011;18(2–3):119–33. doi: 10.1016/j.phymed.2010.08.002
9. Nualkaew S, Tiangda C, Gritsanapan W. Inhibitory action on rat uterine muscle contraction in vitro and acute toxicity in rats of the Thai traditional preparation Prasaplai. Nat Prod Res. 2013 Mar;27(4-5):491-5. doi: 10.1080/14786419.2012.698414. Epub 2012 Jun 18. PMID: 22708639.

10. Kamalashiran C, Lekskulchai O. The comparative study of the efficacy and side effect of Prasaplai extract versus mefenamic acid on relieving primary dysmenorrhea: a clinical phase II trial. Thammasat Med J. 2012;12(4):749–56.
11. Vannabhum M, Poopong S, Wongwananuruk T, Nimmannit A, Suwannatrai U, Dangrat C, et al. The efficacy of Thai herbal Prasaplai formula for treatment of primary dysmenorrhea: a short-term randomized controlled trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2016;2016:2096797. doi: 10.1155/2016/2096797
12. Phimarn W, Sungthong B, Saramunee K. Efficacy of Prasaplai for treatment of primary dysmenorrhea: a meta-analysis. Res J Pharmacogn. 2018;6(1):71–80.
13. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://ndi.fda.moph.go.th/drug_national
14. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566–2570. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565. เข้าถึงได้จาก: https://ttmid.dtam.moph.go.th/publications/4224/
15. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2018.
16. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175–91. doi: 10.3758/BF03193146
17. Sasum S. The development of Prasaplai capsule extract and efficacy for relieving primary dysmenorrhea [Doctoral dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2010.
18. Sawangjit R, Nuntalard N, Pradakorn P, Rattarom R. Preliminary effects of Prasaplai capsule for menstruation disorder treatment. J Thai Trad Alt Med. 2562;17(1):63–76. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JTTAM/article/view/186302
19. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary dysmenorrhea consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(7):585–95. doi: 10.1016/j.jogc.2016.12.023
20. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2565. เข้าถึงได้จาก: https://www.dtam.moph.go.th/publications/43603/

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome ในผู้ป่วย HIV ที่ได้รับยา Tenofovir Disoproxil Fumarate โรงพยาบาลพะเยา: การศึกษาเชิงสังเกตแบบติดตามย้อนหลัง

Prevalence and Associated Factors of Fanconi Syndrome among HIV Patients Receiving Tenofovir Disoproxil Fumarate at Phayao Hospital: A Retrospective Cohort Study.

(Received: May 15,2026 ; Revised: May 23,2026 ; Accepted: May 29,2026)

ไกรรัตน์ คำดี[1]
Krairat Komdee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบติดตามย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะ Fanconi Syndrome หรือความผิดปกติของท่อไตส่วนต้น และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) ณ โรงพยาบาลพะเยา ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับสูตรยาต้านไวรัสที่มี TDF เป็นส่วนประกอบต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/Proximal Renal Tubulopathy (PRT) ด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวและแบบพหุตัวแปรจำกัดจำนวนตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วิเคราะห์มีจำนวน 2,003 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 1,107 ราย ร้อยละ 55.1 อายุมัธยฐาน 47 ปี พิสัยควอไทล์ 37–53 ปี มีดัชนีมวลกายมัธยฐาน 21.27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พิสัยควอไทล์ 19.30–23.73 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 652 ราย ร้อยละ 32.5 โดยพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.9 และเบาหวาน ร้อยละ 10.6 ผู้ป่วยที่ได้รับ TDF นานมากกว่า 36 เดือนมีจำนวน 1,503 ราย ร้อยละ 75.0 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีข้อมูล creatinine ร้อยละ 96.9, eGFR ร้อยละ 89.6, urine protein/urine sugar ร้อยละ 66.9, serum uric acid ร้อยละ 31.0 และ serum phosphorus ร้อยละ 28.5 ความผิดปกติที่พบ ได้แก่ proteinuria ร้อยละ 8.4, hypophosphatemia ร้อยละ 2.8 และ normoglycemic glycosuria ร้อยละ 0.7 พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Fanconi Syndrome/PRT จำนวน 30 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์พหุตัวแปรจำกัด ได้แก่ เพศชาย (Adjusted OR 3.87, 95%CI 1.61–9.33, p=0.003), การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Adjusted OR 4.21, 95%CI 1.91–9.25, p<0.001) และระยะเวลาได้รับ TDF มากกว่า 36 เดือน (Adjusted OR 4.15, 95%CI 1.42–12.10, p=0.009)

คำสำคัญ: Fanconi Syndrome, Tenofovir Disoproxil Fumarate, HIV, Proximal Renal Tubulopathy, ความเป็นพิษต่อไต

Abstract

This survey research by retrospective cohort study aimed to determine the prevalence of Fanconi syndrome or proximal renal tubulopathy (PRT) and to explore associated factors among HIV patients receiving tenofovir disoproxil fumarate (TDF) at Phayao Hospital. Data were retrieved from medical records and HIV clinic databases. Eligible patients were aged 18 years or older and had received a TDF-containing antiretroviral regimen for at least six months. Descriptive statistics were used to summarize patient characteristics, laboratory monitoring, and renal tubular abnormalities. Univariable and limited multivariable logistic regression analyses were performed to identify factors associated with Fanconi syndrome/PRT.

A total of 2,003 patients were included. Most were male (55.1%), with a median age of 47 years (IQR 37–53) and a median body mass index of 21.27 kg/m² (IQR 19.30–23.73). At least one non-communicable disease was present in 32.5% of patients, including hypertension in 25.9% and diabetes mellitus in 10.6%.

[1] โรงพยาบาลพะเยา

Long-term TDF exposure of more than 36 months was observed in 75.0%. Laboratory monitoring showed availability of creatinine in 96.9%, estimated glomerular filtration rate in 89.6%, urine protein/urine glucose in 66.9%, serum uric acid in 31.0%, and serum phosphorus in 28.5%. The observed abnormalities were proteinuria in 8.4%, hypophosphatemia in 2.8%, and normoglycemic glycosuria in 0.7%. Fanconi syndrome/PRT was identified in 30 patients, corresponding to a prevalence of 1.5%. In the limited multivariable model, male sex (adjusted OR 3.87, 95%CI 1.61–9.33, p=0.003), presence of at least one non-communicable disease (adjusted OR 4.21, 95%CI 1.91–9.25, p<0.001), and TDF exposure of more than 36 months (adjusted OR 4.15, 95%CI 1.42–12.10, p=0.009) were significantly associated with Fanconi syndrome/PRT.

Keywords: Fanconi syndrome, Tenofovir Disoproxil Fumarate, HIV, Proximal Renal Tubulopathy, nephrotoxicity

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันได้เปลี่ยนผ่านจากโรคติดเชื้อรุนแรงไปสู่โรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยกำหนดให้สูตรยาที่มี Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) เป็นส่วนประกอบมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการควบคุมไวรัส ใช้สะดวก และเป็นส่วนหนึ่งของสูตรยาต้านไวรัสที่ใช้แพร่หลายในระบบบริการสุขภาพ[1] อย่างไรก็ตาม ผลไม่พึงประสงค์ที่สำคัญของ TDF คือความเป็นพิษต่อไต โดยเฉพาะความผิดปกติของท่อไตส่วนต้น ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดภาวะ Fanconi Syndrome ได้[1,2]

ภาวะ Fanconi Syndrome หรือ Proximal Renal Tubulopathy (PRT) เป็นความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นที่ทำให้การดูดกลับสารสำคัญบกพร่อง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟอสเฟต กรดยูริก กลูโคส โปรตีนโมเลกุลต่ำ และสารอื่น ๆ ทางปัสสาวะอย่างผิดปกติ ภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่ความผิดปกติของเกลือแร่ ภาวะกระดูกน่วม และการเสื่อมของการทำงานของไตในระยะยาวได้[3] กลไกสำคัญของ TDF nephrotoxicity เกี่ยวข้องกับการสะสมของ tenofovir ในเซลล์ท่อไตส่วนต้นผ่านตัวขนส่ง organic anion transporters และการขับออกผ่าน multidrug resistance-associated protein โดยเมื่อเกิดความไม่สมดุลของการนำยาเข้าและขับยาออก จะทำให้เกิดการสะสมของยาและความเป็นพิษต่อไมโทคอนเดรียของเซลล์ท่อไตส่วนต้น[2]

แม้ภาวะ Fanconi Syndrome ที่แสดงอาการครบถ้วนจะพบไม่บ่อย แต่ภาวะท่อไตส่วนต้นทำงานผิดปกติในระยะเริ่มต้นหรือรูปแบบไม่สมบูรณ์อาจพบได้มากกว่า โดยงานวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับ TDF รายงานอุบัติการณ์หรือความผิดปกติของไตที่เกี่ยวข้องกับ TDF ในระดับที่มีนัยสำคัญทางคลินิก[4] นอกจากนี้ การติดตามเฉพาะค่า creatinine หรือ estimated glomerular filtration rate (eGFR) อาจไม่เพียงพอ เนื่องจากความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นอาจเกิดขึ้นก่อนที่ eGFR จะลดลงอย่างชัดเจน การประเมินตัวบ่งชี้อื่น เช่น serum phosphorus, serum uric acid, urine glucose และ urine protein จึงมีความสำคัญต่อการตรวจจับความผิดปกติในระยะเริ่มต้น[1,4]

ในเวชปฏิบัติจริง การตรวจตัวบ่งชี้ทางห้องปฏิบัติการเหล่านี้มักไม่ได้ดำเนินการพร้อมกันในผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจ creatinine หรือ eGFR อย่างสม่ำเสมอ แต่การตรวจ phosphorus, uric acid หรือ urinalysis อาจเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก ส่งผลให้ข้อมูล biomarker มีลักษณะไม่พร้อมกันตามเวลาและมีความไม่ครบถ้วน การศึกษาที่ใช้ข้อมูลย้อนหลังจึงต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของข้อมูลจริงในระบบบริการ และควรนำเสนอผลการประเมิน

Fanconi Syndrome/PRT โดยพิจารณาความครบถ้วนของข้อมูลประกอบด้วย[5]

นอกจากผลโดยตรงของ TDF แล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้นและมีโรคร่วมกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง โรคเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเปราะบางของไต และอาจส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติทางไตเมื่อได้รับยาที่มีศักยภาพก่อพิษต่อท่อไต[6,7] การได้รับยาร่วม เช่น non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), angiotensin-converting enzyme inhibitors หรือ angiotensin receptor blockers (ACEIs/ARBs) และยาขับปัสสาวะ อาจส่งผลต่อพลวัตการไหลเวียนเลือดในไตและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกันในลักษณะ “triple whammy”[8]

โรงพยาบาลพะเยาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมาก รวมทั้งผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและได้รับยาหลายชนิด การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT ในผู้ป่วยที่ได้รับ TDF จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยจากยาในบริบทของโรงพยาบาลจริง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะ Fanconi Syndrome/PRT และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ TDF ณ โรงพยาบาลพะเยา เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดแนวทางติดตาม biomarker และการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในงานประจำ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบติดตามย้อนหลัง ดำเนินการ ณ คลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลบริการผู้ป่วยย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับสูตรยาต้านไวรัสที่มี TDF เป็นส่วนประกอบต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติได้รับ TDF-containing regimen ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และ 3) มีข้อมูลทางคลินิกหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์หลักได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะ Fanconi Syndrome หรือความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นที่ชัดเจนก่อนเริ่มได้รับ TDF หรือไม่มีข้อมูลพื้นฐานเพียงพอต่อการจัดกลุ่มการศึกษา

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคร่วมกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการได้รับยา TDF ระยะเวลาการได้รับยา TDF การได้รับยาต้านไวรัสกลุ่ม protease inhibitors ร่วม และยาร่วมที่อาจมีผลต่อไต ได้แก่ NSAIDs, ACEIs/ARBs และ diuretics ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย creatinine, eGFR, serum phosphorus, serum uric acid, blood glucose, urine glucose และ urine protein ผลลัพธ์หลัก คือ ภาวะ Fanconi Syndrome/PRT โดยกำหนดจากการพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ได้แก่ 1) serum phosphorus ต่ำกว่า 2.5 mg/dL 2) serum uric acid ต่ำกว่า 2.0 mg/dL ในเพศชาย หรือต่ำกว่า 1.5 mg/dL ในเพศหญิง 3) urine glucose ตั้งแต่ 1+ ขึ้นไป ร่วมกับ blood glucose น้อยกว่า 180 mg/dL และ 4) urine protein ตั้งแต่ 1+ ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าเกณฑ์ Fanconi Syndrome/PRT และกลุ่มที่ไม่เข้าเกณฑ์ด้วย chi-square test หรือ Fisher’s exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และใช้ independent t-test หรือ

Mann–Whitney U test สำหรับตัวแปรต่อเนื่องตามความเหมาะสม วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Fanconi Syndrome/PRT ด้วย logistic regression โดยรายงานค่า odds ratio (OR), adjusted odds ratio (Adjusted OR), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดผลลัพธ์มีจำกัด การวิเคราะห์พหุตัวแปรจึงใช้โมเดลจำกัดจำนวนตัวแปร โดยคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสำคัญทางคลินิกและมีความเหมาะสมต่อจำนวนเหตุการณ์ที่พบ

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา เลขที่โครงการ 69-02-14 เอกสารรับรอง COA No.334 วันที่รับรอง 28 เมษายน 2569 และวันหมดอายุใบรับรอง 27 เมษายน 2570

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับสูตรยาต้านไวรัสที่มี TDF เป็นส่วนประกอบต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วิเคราะห์จำนวน 2,003 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 1,107 ราย ร้อยละ 55.1 เพศหญิง จำนวน 896 ราย ร้อยละ 44.9 อายุมัธยฐาน 47 ปี พิสัยควอไทล์ 37–53 ปี มีผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 141 ราย ร้อยละ 7.0 ดัชนีมวลกายมัธยฐาน 21.27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พิสัยควอไทล์ 19.30–23.73 และมีผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 308 ราย ร้อยละ 15.3

โรคร่วมกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังพบอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 652 ราย ร้อยละ 32.5 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง จำนวน 521 ราย ร้อยละ 25.9 รองลงมาคือเบาหวาน จำนวน 212 ราย ร้อยละ 10.6 ผู้ป่วยได้รับ TDF นานมากกว่า 36 เดือน จำนวน 1,503 ราย ร้อยละ 75.0 ได้รับยา protease inhibitors ร่วม จำนวน 214 ราย ร้อยละ 10.7 ได้รับ NSAIDs ร่วม จำนวน 197 ราย ร้อยละ 9.8 ได้รับ ACEIs/ARBs ร่วม จำนวน 167 ราย ร้อยละ 8.3 และได้รับยาขับปัสสาวะร่วม จำนวน 61 ราย ร้อยละ 3.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ TDF

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	2,003	100.0
เพศชาย	1,107	55.1
เพศหญิง	896	44.9
อายุ >60 ปี	141	7.0
BMI <18.5 kg/m²	308	15.3
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค	652	32.5
ความดันโลหิตสูง	521	25.9
เบาหวาน	212	10.6
ได้รับ TDF >36 เดือน	1,503	75.0
ได้รับ protease inhibitors ร่วม	214	10.7
ได้รับ NSAIDs ร่วม	197	9.8
ได้รับ ACEIs/ARBs ร่วม	167	8.3
ได้รับ diuretics ร่วม	61	3.0

หมายเหตุ: อายุและ BMI รายงานในรูปแบบมัธยฐานและพิสัยควอไทล์ในเนื้อความ

2. ความครบถ้วนของข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและความผิดปกติที่พบ

เมื่อประเมินความครบถ้วนของข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อมูล creatinine จำนวน 1,946 ราย ร้อยละ 96.9 และมีข้อมูล eGFR จำนวน 1,801 ราย ร้อยละ 89.6 ขณะที่ข้อมูล urine protein หรือ urine glucose พบในผู้ป่วยจำนวน 1,345 ราย ร้อยละ 66.9 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลตัวบ่งชี้ที่จำเพาะต่อความผิดปกติของท่อไตส่วนต้น ได้แก่ serum phosphorus และ serum uric acid มีความครบถ้วนน้อยกว่า โดยพบข้อมูล serum phosphorus จำนวน 572 ราย ร้อยละ 28.5 และ serum uric acid จำนวน 622 ราย ร้อยละ 31.0

ผลการประเมินความผิดปกติของตัวบ่งชี้ทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีผู้ป่วยที่มี serum phosphorus ต่ำกว่า 2.5 mg/dL จำนวน 57 ราย ร้อยละ 2.8 ไม่พบผู้ป่วยที่มี serum uric acid ต่ำตามเกณฑ์เพศ พบ normoglycemic glycosuria จำนวน 15 ราย ร้อยละ 0.7 และพบ proteinuria ตั้งแต่ 1+ ขึ้นไป จำนวน 168 ราย ร้อยละ 8.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความครบถ้วนของข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและความผิดปกติที่พบ

รายการตรวจ/ความผิดปกติ	จำนวน	ร้อยละ
มีข้อมูล creatinine	1,946	96.9
มีข้อมูล eGFR	1,801	89.6
มีข้อมูล serum phosphorus	572	28.5
มีข้อมูล serum uric acid	622	31.0
มีข้อมูล urine protein/urine glucose	1,345	66.9
Serum phosphorus <2.5 mg/dL	57	2.8
Serum uric acid ต่ำตามเกณฑ์เพศ	0	0.0
Normoglycemic glycosuria	15	0.7
Proteinuria ≥1+	168	8.4

3. ความชุกของภาวะ Fanconi Syndrome/PRT

จากเกณฑ์การประเมินภาวะ Fanconi Syndrome/PRT โดยพิจารณาการพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ได้แก่ hypophosphatemia, hypouricemia, normoglycemic glycosuria และ proteinuria พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Fanconi Syndrome/PRT จำนวน 30 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 2,003 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของภาวะ Fanconi Syndrome/PRT

ผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าเกณฑ์ Fanconi Syndrome/PRT	1,973	98.5
เข้าเกณฑ์ Fanconi Syndrome/PRT	30	1.5
รวม	**2,003**	**100.0**

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT ด้วย logistic regression พบว่า ในโมเดลพหุตัวแปรแบบจำกัดจำนวนตัวแปร ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศชาย การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และ

ระยะเวลาได้รับ TDF มากกว่า 36 เดือน โดยเพศชายมีโอกาสเข้าเกณฑ์ Fanconi Syndrome/PRT สูงกว่าเพศหญิง 3.87 เท่า (Adjusted OR 3.87, 95%CI 1.61–9.33, p=0.003) ผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคมีโอกาสเข้าเกณฑ์สูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วม 4.21 เท่า (Adjusted OR 4.21, 95%CI 1.91–9.25, p<0.001) และผู้ที่ได้รับ TDF มากกว่า 36 เดือนมีโอกาสเข้าเกณฑ์สูงกว่าผู้ที่ได้รับ TDF ไม่เกิน 36 เดือน 4.15 เท่า (Adjusted OR 4.15, 95%CI 1.42–12.10, p=0.009)

สำหรับ eGFR ต่ำสุดน้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m² พบแนวโน้มสัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 2.23, 95%CI 0.90–5.53, p=0.085) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT จากการวิเคราะห์พหุตัวแปรแบบจำกัด

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI	p-value
เพศชาย	3.87	1.61–9.33	0.003*
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค	4.21	1.91–9.25	<0.001*
ได้รับ TDF >36 เดือน	4.15	1.42–12.10	0.009*
eGFR ต่ำสุด <60 ml/min/1.73 m²	2.23	0.90–5.53	0.085

สรุปผล

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ TDF ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ณ โรงพยาบาลพะเยา มีภาวะ Fanconi Syndrome/PRT ร้อยละ 1.5 ความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการที่พบมากที่สุดคือ proteinuria รองลงมาคือ hypophosphatemia และ normoglycemic glycosuria ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT ได้แก่ เพศชาย การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และระยะเวลาได้รับ TDF มากกว่า 36 เดือน ขณะที่ eGFR ต่ำสุดน้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m² มีแนวโน้มสัมพันธ์แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสะท้อนว่าการเฝ้าระวังความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นในผู้ป่วยที่ได้รับ TDF ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีโรคร่วมและได้รับ TDF เป็นเวลานาน รวมทั้งควรพัฒนาระบบติดตาม biomarker ที่จำเพาะต่อท่อไตส่วนต้นให้เป็นมาตรฐานมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะ Fanconi Syndrome/PRT ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ TDF ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ณ โรงพยาบาลพะเยา ร้อยละ 1.5 แม้เป็นสัดส่วนไม่สูงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด แต่ถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากภาวะดังกล่าวสะท้อนความผิดปกติของท่อไตส่วนต้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นก่อนที่ค่า eGFR จะลดลงอย่างชัดเจน และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น ความผิดปกติของเกลือแร่ ภาวะกระดูกน่วม และการเสื่อมของการทำงานของไต[3,4]

เมื่อเปรียบเทียบกับวรรณกรรมเดิม ความชุกที่พบในการศึกษานี้ต่ำกว่ารายงานบางฉบับที่พบความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นในผู้ได้รับ TDF ได้สูงกว่าร้อยละ 10 โดยเฉพาะเมื่อใช้เกณฑ์ที่ไวต่อการตรวจพบความผิดปกติของ tubular function[4] ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ความแตกต่างของนิยามผลลัพธ์ ความครบถ้วนของข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ลักษณะประชากรศึกษา และรูปแบบการตรวจติดตามในเวชปฏิบัติจริง ในการศึกษานี้ การตรวจ serum phosphorus และ serum uric acid มีความครบถ้วนต่ำกว่าการตรวจ creatinine และ eGFR อย่างชัดเจน จึงอาจทำให้ความชุกของ Fanconi

Syndrome/PRT ที่ประเมินจากข้อมูลย้อนหลังต่ำกว่าความเป็นจริง

ความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการที่พบมากที่สุดคือ proteinuria ร้อยละ 8.4 รองลงมาคือ hypophosphatemia ร้อยละ 2.8 และ normoglycemic glycosuria ร้อยละ 0.7 ขณะที่ไม่พบ hypouricemia ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลดังกล่าวสะท้อนว่าความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นในผู้ป่วยที่ได้รับ TDF อาจปรากฏได้หลายรูปแบบ และการประเมินด้วยตัวบ่งชี้เพียงตัวเดียวอาจไม่เพียงพอ แนวคิดนี้สอดคล้องกับการใช้เกณฑ์ PRT ที่พิจารณาความผิดปกติหลายองค์ประกอบร่วมกัน เช่น ความผิดปกติของ phosphate, uric acid, urine glucose และ urine protein[4,9]

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความครบถ้วนของข้อมูล biomarker ที่จำเพาะต่อท่อไตส่วนต้นยังจำกัด โดยมีข้อมูล serum phosphorus ร้อยละ 28.5 และ serum uric acid ร้อยละ 31.0 ในขณะที่ creatinine และ eGFR มีความครบถ้วนมากกว่าอย่างชัดเจน ผลนี้สะท้อนลักษณะของข้อมูลในโลกแห่งความเป็นจริงที่การตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันทุกตัวและไม่ได้ตรวจครบในผู้ป่วยทุกราย[5] ดังนั้น การพึ่งพาเฉพาะ eGFR อาจทำให้พลาดการตรวจพบความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นระยะเริ่มต้น และควรพัฒนาระบบติดตาม biomarker ที่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT อย่างมีนัยสำคัญในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศชาย การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และระยะเวลาได้รับ TDF มากกว่า 36 เดือน โดยเพศชายมีโอกาสเข้าเกณฑ์ Fanconi Syndrome/PRT สูงกว่าเพศหญิง ผลนี้อาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างด้านสรีรวิทยา พฤติกรรมสุขภาพ โรคร่วม หรือรูปแบบการได้รับยาและการติดตามรักษา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลัง ผลดังกล่าวควรตีความในฐานะความสัมพันธ์ ไม่ใช่ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรง

การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีโอกาสเข้าเกณฑ์สูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วม ผลนี้สอดคล้องกับหลักฐานเดิมที่พบว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR หรือการเกิดภาวะไตเสื่อมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส[6,7] กลไกที่เป็นไปได้คือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้ไตมีความเปราะบางจากความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยและหน่วยไต เมื่อได้รับ TDF ซึ่งมีศักยภาพก่อพิษต่อท่อไตส่วนต้น จึงอาจเพิ่มโอกาสเกิดความผิดปกติทางไตมากขึ้น

ระยะเวลาได้รับ TDF มากกว่า 36 เดือน สัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT อย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้สนับสนุนแนวคิดว่าความเป็นพิษต่อไตจาก TDF อาจเกี่ยวข้องกับผลสะสมจากการได้รับยาในระยะยาว โดยงานวิจัยในผู้ป่วยเอชไอวีไทยรายงานว่าการทำงานของไตอาจลดลงในช่วงต้นหลังเริ่มยา TDF และการติดตามต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการตรวจพบภาวะไตผิดปกติ[10] อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้ TDF กับไตเสื่อมอาจมีความซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้ยาได้นานอาจเป็นกลุ่มที่ทนต่อยาได้ดี หรือมี survivor bias ในการศึกษาย้อนหลัง จึงควรตีความร่วมกับลักษณะประชากรและความครบถ้วนของข้อมูลติดตาม

สำหรับ eGFR ต่ำสุดน้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m^2 พบแนวโน้มสัมพันธ์กับภาวะ Fanconi Syndrome/PRT แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็นนี้อาจเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผลลัพธ์มีจำกัด ทำให้พลังทางสถิติลดลง อีกทั้ง Fanconi Syndrome/PRT เป็นความผิดปกติของท่อไตส่วนต้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นก่อนการลดลงของ eGFR อย่างชัดเจน การใช้ eGFR เพียงตัวเดียวจึงอาจไม่เพียงพอต่อการคัดกรองความผิดปกติชนิดนี้[1,4]

เมื่อพิจารณาด้านยาร่วม การได้รับ NSAIDs, ACEIs/ARBs หรือ diuretics เป็นประเด็นที่ควรเฝ้าระวัง แม้ในการวิเคราะห์พหุตัวแปรจำกัดครั้งนี้ไม่ได้ใช้ยาร่วมทุกกลุ่มในโมเดลสุดท้าย เนื่องจากจำนวนเหตุการณ์มีจำกัด แต่ในเชิงพยาธิสรีรวิทยา ยากลุ่ม NSAIDs อาจทำให้หลอดเลือดนำเข้าไตหดตัวจากการยับยั้ง prostaglandin ขณะที่ ACEIs/ARBs มีผลต่อหลอดเลือดนำออกของไต และเมื่อใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการลดลงของ GFR หรือไตวายเฉียบพลัน[8] ดังนั้น ในผู้ป่วยที่ได้รับ TDF ร่วมกับยาที่มีผลต่อไต ควรมีการทบทวนยาและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด

จุดเด่นของการศึกษานี้คือใช้ข้อมูลจากฐานบริการจริงของโรงพยาบาลพะเยาในผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้สะท้อนสถานการณ์การใช้ TDF และการติดตามความปลอดภัยด้านไตในเวชปฏิบัติจริงได้ดี นอกจากนี้ การประเมิน Fanconi Syndrome/PRT โดยใช้ความผิดปกติหลายองค์ประกอบช่วยให้สามารถสะท้อนความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นได้ดีกว่าการใช้ eGFR เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผลลัพธ์มีเพียง 30 ราย จึงยังไม่เหมาะสมต่อการสร้าง risk prediction score ที่สมบูรณ์หรือการตรวจสอบความแม่นยำของแบบจำลองพยากรณ์เต็มรูปแบบ ตามหลักการพัฒนา clinical prediction model ซึ่งควรมีจำนวนเหตุการณ์เพียงพอต่อจำนวนตัวแปรและควรประเมินทั้ง discrimination, calibration และ internal validation[11,12]

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ 1) เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน จึงขึ้นกับความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกไว้ 2) การตรวจ serum phosphorus และ serum uric acid มีความครบถ้วนต่ำ ทำให้อาจประเมินความชุกของ Fanconi Syndrome/PRT ต่ำกว่าความเป็นจริง 3) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ได้ตรวจพร้อมกันทุกตัว จึงมีข้อจำกัดจาก asynchronous biomarker data 4) จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผลลัพธ์มีจำกัด ทำให้การวิเคราะห์พหุตัวแปรต้องจำกัดจำนวนตัวแปร และยังไม่สามารถสร้างแบบจำลองพยากรณ์หรือ risk score ที่พร้อมใช้งานทั่วไปได้ และ 5) เป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งเดียว ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงแทนทุกบริบทบริการได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังความผิดปกติของท่อไตส่วนต้นในผู้ป่วยที่ได้รับ TDF โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชาย ผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ที่ได้รับ TDF เป็นเวลานานกว่า 36 เดือน ควรกำหนดแนวทางการตรวจติดตามที่ครอบคลุม creatinine, eGFR, urine protein, urine glucose, serum phosphorus และ serum uric acid ในกลุ่มเสี่ยงสูง รวมทั้งพัฒนาระบบแจ้งเตือนหรือ checklist ในเวชระเบียนเพื่อช่วยให้บุคลากรติดตาม biomarker ได้ครบถ้วนมากขึ้น การวิจัยในอนาคตควรออกแบบเป็น prospective cohort ที่กำหนดช่วงเวลาการตรวจ biomarker อย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินอุบัติการณ์และปัจจัยพยากรณ์ได้แม่นยำขึ้น รวมทั้งพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของ risk prediction model สำหรับใช้จริงในงานคลินิกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา ผู้บริหารโรงพยาบาลพะเยา บุคลากรคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มงานอายุรกรรม งานเวชระเบียน งานห้องปฏิบัติการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสนับสนุนข้อมูลและการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. Phuphuakrat A, Pasomsub E, Chantratita W, Mahasirimongkol S, Disthabanchong S, Sungkanuparph S, et al. Risk factors of renal tubular dysfunction in Thai people living with HIV receiving tenofovir disoproxil fumarate. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2022;21:23259582221134751.
3. Liatsou E, Tatouli I, Mpozikas A, Pavlou MM, Gakiopoulou H, Ntanasis-Stathopoulos I, et al. Tenofovir-induced Fanconi syndrome presenting with life-threatening hypokalemia: review of the literature and recommendations for early detection. J Clin Med. 2023;12(22):7178.
4. Srisopa S, Kornjirakasemsan A, Treebupachatsakul P, Sonthisombat P. Incidence and risk factors of tenofovir disoproxil fumarate induced nephrotoxicity and renal function recovery, a hospital case-control study. Infect Chemother. 2023;55(2):226–236.
5. อุดมลักษณ์ จันทร์วงศ์, ปฐวี เดชชิต, นพดล ชลอธรรม, นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์. การศึกษาผลการใช้ตัวส่งสัญญาณค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อไตจากการใช้ทีโนโฟเวียร์ ไดโซโพรซิล ฟูมาเรต. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2566;33(2):112–129.
6. ฉัตราภรณ์ ชุ่มจิต. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางไตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส Tenofovir disoproxil fumarate ณ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2564;16(3):219–227.
7. สิริลักษณ์ จันเทร์มะ, อนิวัต ชุมนิรัตน์, นฤมล อนุมาศ, วารณี ธีระกุล, อภิรดี แซ่ลิ่ม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(3):482–490.
8. Mattioli I, Bettiol A, Crescioli G, Bonaiuti R, Mannaioni G, Vannacci A, et al. Hospitalisations related to the combination of ACE inhibitors and/or angiotensin receptor blockers with diuretics and NSAIDs: a post hoc analysis on the risks associated with triple whammy. Healthcare. 2023;11(2):238.
9. เชิดชัย สุนทรภาส, ภิรุญ มุตสิกพันธุ์, รัชฎาพร สุนทรภาส. ปัจจัยเสี่ยงของความเป็นพิษต่อไตในผู้ป่วยที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ ไดโซพรอกซิลฟูมาเรท ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2566;33(2):102–111.
10. Visuthranukul J, Rattananupong T, Phansuea P, Hiransuthikul N. Incidence rate and time to occurrence of renal impairment and chronic kidney disease among Thai HIV-infected adults with tenofovir disoproxil fumarate use. Open AIDS J. 2021;15(1):73–80.
11. Riley RD, Ensor J, Snell KIE, Harrell FE Jr, Martin GP, Gould AL, Moons KGM, Collins GS. Calculating the sample size required for developing a clinical prediction model. BMJ. 2020;368:m441.
12. Efthimiou O, Seo M, Chalkou K, Debray T, Egger M, Salanti G. Developing clinical prediction models: a step-by-step guide. BMJ. 2024;386:e078276.

การวิจัยกลยุทธ์การป้องกันสมองเฉพาะบุคคลในการผ่าตัดซ่อมแซมสร้างส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้วยเทคนิคเจาะช่องเปิดแบบสามแขนง

Research on Individualized Brain Protection Strategies in Three-Branched Fenestrated Endovascular Aortic Arch Repair.

(Received: May 19,2026 ; Revised: May 23,2026 ; Accepted: May 27,2026)

Peiyong Hou[1] พิมพร ทองเมือง[2] สาริศักดิ์ สุนทรชัย[3] Xiaoqiang Qiu[4]
Peiyong Hou[1], Pimporn Thongmuang[2], Sarisak Soontornchai[3], Xiaoqiang Qiu[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอและประเมินกลยุทธ์การป้องกันสมองแบบเฉพาะบุคคลสำหรับลดภาวะหลอดเลือดสมองตีบระหว่างผ่าตัดซ่อมแซมส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้วยเทคนิคเจาะช่องเปิดสามแขน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคของส่วนโค้งหลอดเลือดแดงใหญ่ จำนวน 21 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ภายในหลอดเลือด (TEVAR) ร่วมกับการเจาะช่องเปิดสามแขนง ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด โรงพยาบาลสมทบที่สี่แห่งมหาวิทยาลัยการแพทย์กว่างซี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก เครื่องคลื่นเสียงดอปเพลอร์ผ่านกะโหลกศีรษะ (TCD) เครื่องไหลเวียนเลือดนอกร่างกาย และเครื่องตรวจภาพหลอดเลือดด้วยคอมพิวเตอร์ (CTA) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและการติดตามผลอย่างน้อย 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลเชิงนับนำเสนอในรูปจำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงวัดนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า อัตราความสำเร็จทางเทคนิคของการผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 100 ไม่พบการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดและไม่พบภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการทางคลินิก ตรวจพบภาวะสมองขาดเลือดโดยไม่มีอาการ 2 ราย (ร้อยละ 9.5) และภาวะแทรกซ้อนบริเวณตำแหน่งเข้าถึงหลอดเลือด 2 ราย (ร้อยละ 9.5) ระยะเวลาการไหลเวียนเลือดในสมองแบบเดินหน้าเฉลี่ย 102.0 ± 11.0 นาที ในระยะติดตามผลไม่พบโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ พบภาวะเลือดรั่วของขดลวด 4 ราย (ร้อยละ 19.05) และการอุดตันของขดลวดแขนง 2 ราย (ร้อยละ 9.5) มีผู้ป่วย 1 รายเสียชีวิตจากการฉีกขาดย้อนกลับของหลอดเลือด

คำสำคัญ: โรคของส่วนโค้งหลอดเลือดแดงใหญ่, การเจาะช่องเปิดสามแขนง, การป้องกันสมอง, การไหลเวียนเลือดในสมองแบบเดินหน้า, กลยุทธ์เฉพาะบุคคล

Abstract

This research aimed to present and evaluate an individualized brain protection strategy for reducing perioperative ischemic stroke during three-branched fenestrated endovascular aortic arch repair. This research was survey research by retrospective design. The study population consisted of 21 patients with aortic arch disease who underwent thoracic endovascular aortic repair (TEVAR) combined with three-branched fenestration at the Department of Vascular Surgery, the Fourth Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, between January 2017 and January 2024. The research instruments included clinical data record forms, transcranial Doppler ultrasonography (TCD), an extracorporeal circulation system, and computed tomography angiography (CTA). Data were collected from medical records and follow-up of at least 12 months. Data were analyzed using descriptive statistics, with categorical data presented as frequencies and percentages, and continuous data as mean ± standard deviation.

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ ประเทศไทย
[2] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ ประเทศไทย
[3] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ ประเทศไทย
[4] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยการแพทย์กว่างซี นครหนานหนิง สาธารณรัฐประชาชนจีน Corresponding author
E-mail: s64584949011@ssru.ac.th

The findings revealed a 100% technical success rate, no perioperative mortality, and no symptomatic cerebral ischemia. Two patients (9.5%) had asymptomatic cerebral infarction, and two (9.5%) experienced access-related complications. The mean anterograde cerebral perfusion time was 102.0 ± 11.0 minutes. During follow-up, no new strokes occurred; four patients (19.05%) had endoleaks, and two (9.5%) developed branch stent occlusion. One patient died from retrograde aortic dissection.

Keywords: aortic arch disease, three-branched fenestration, brain protection, anterograde cerebral perfusion, individualized strategy

บทนำ

โรคของส่วนโค้งหลอดเลือดแดงใหญ่ (aortic arch) เป็นกลุ่มโรคของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีพยาธิสภาพรุนแรง คุกคามชีวิตอย่างร้ายแรง และมีอัตราการเสียชีวิตในระยะต้นสูง โดยข้อมูลจาก International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) ระบุว่า การฉีกขาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ชนิด Stanford A คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดทั้งหมด และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมงแรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ภายใน 1 เดือน[1,2] แม้การผ่าตัดแบบเปิดจะเป็นวิธีรักษาที่ใช้กันแต่เดิม แต่ด้วยความรุกล้ำสูงและภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก จึงไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือกลุ่มเสี่ยงสูง

ในปัจจุบัน การรักษาผ่านหลอดเลือด (endovascular therapy) ได้กลายเป็นทางเลือกที่มีการรุกล้ำน้อยกว่าและได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพัฒนาเทคนิคการซ่อมแซมผ่านหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ร่วมกับการเจาะช่องเปิดเพื่อฟื้นฟูการไหลเวียนเลือดในสามแขนงของส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ อย่างไรก็ดี ด้วยความซับซ้อนเฉพาะทางกายวิภาคของส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบระหว่างผ่าตัด (perioperative ischemic stroke) ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่น่ากังวลที่สุดของ TEVAR[3,4]

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้วยเทคนิคเจาะช่องเปิดสามแขนง ต้องเผชิญความเสี่ยงของภาวะสมองขาดเลือดในระหว่างผ่าตัด เนื่องจากต้องมีการหยุดไหลของเลือดในส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ชั่วคราว และมีโอกาสเกิดการหลุดลอยของลิ่มเลือดและคราบไขมัน อีกทั้งความแปรปรวนของวงแหวนวิลลิส (Circle of Willis) ในประชากรแต่ละคนทำให้การประกันการไหลเวียนเลือดในสมองอย่างเพียงพอเป็นไปได้ยาก กลยุทธ์การป้องกันสมองที่ใช้ในปัจจุบันยังขาดการคำนึงถึงความแปรปรวนระหว่างบุคคล และยังไม่มีกลไกการปรับอัตราการไหลของเลือดในสมองแบบเรียลไทม์ [5,6]

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนากลยุทธ์การป้องกันสมองแบบเฉพาะบุคคล (individualized brain protection strategy) อันผสมผสานเทคนิคการไหลเวียนเลือดนอกร่างกายร่วมกับการไหลเวียนเลือดในสมองแบบเดินหน้าการเฝ้าติดตามด้วย TCD แบบเรียลไทม์ และการกำหนดวิถีการไหลเวียนเลือดในสมองโดยอาศัยการประเมินการไหลเวียนเลือดในกะโหลกศีรษะก่อนผ่าตัด การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนามาตรฐานการป้องกันสมองและการลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในการรักษาภายในหลอดเลือด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกอย่างแพร่หลายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อนำเสนอกลยุทธ์การป้องกันสมองแบบเฉพาะบุคคลในการผ่าตัดซ่อมแซมสร้างส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้วยเทคนิคเจาะช่องเปิดสามแขนง

2. เพื่อประเมินความปลอดภัย ความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของกลยุทธ์การป้องกันสมอง

แบบเฉพาะบุคคลในผู้ป่วยโรคของส่วนโค้งหลอดเลือดแดงใหญ่

3. เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะผ่าตัดและระยะติดตามผลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยกลยุทธ์ดังกล่าว

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by retrospective design) ซึ่งดำเนินการตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ทรวงอกที่เข้ารับการรักษาภายในหลอดเลือดที่ภาควิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือดโรงพยาบาลสมทบที่สี่แห่งมหาวิทยาลัยการแพทย์กว่างซี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 ราย ได้มาด้วยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ทรวงอกอย่างชัดเจนด้วย CTA, MRA หรือการฉีดสีหลอดเลือด (2) มีลักษณะทางกายวิภาคเหมาะสมต่อการเจาะช่องเปิดสามแขนง (3) ได้รับการประยุกต์ใช้กลยุทธ์การป้องกันสมองแบบเฉพาะบุคคล และ (4) มีข้อมูลทางคลินิกครบถ้วน

2. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไป ผลการประเมินก่อนผ่าตัด ดัชนีการป้องกันสมอง ดัชนีการผ่าตัด และดัชนีระยะติดตามผล (2) เครื่องคลื่นเสียงดอปเพลอร์ผ่านกะโหลกศีรษะ (Delikai เซินเจิ้น ประเทศจีน) (3) เครื่องไหลเวียนเลือดนอกร่างกาย (Mycovit ประเทศสวีเดน) และ (4) เครื่อง Digital Subtraction Angiography (Artis Pheno, Siemens ประเทศเยอรมนี) แบบบันทึกข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์หลอดเลือดและสาธารณสุขศาสตร์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพวินิจฉัย ตลอดจนข้อมูลการติดตามผลผ่านแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และทางโทรศัพท์ ในระยะติดตามผลอย่างน้อย 12 เดือน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยข้อมูลเชิงนับ (categorical data) นำเสนอในรูปจำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงวัด (continuous data) นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา จึงมิได้ครอบคลุมการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ของโรงพยาบาล (เลขที่อนุมัติ KY2024304) และได้รับการยกเว้นการลงนามยินยอมเนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังและข้อมูลถูกทำให้ไม่สามารถระบุตัวตน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 ราย เป็นเพศชาย 14 ราย (ร้อยละ 66.7) เพศหญิง 7 ราย (ร้อยละ 33.3) อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 38-80 ปี (ค่ามัธยฐาน 64 ปี) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.7 ± 4.7 kg/m² โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 14 ราย (ร้อยละ 66.7) เบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 28.6) และภาวะสมองขาดเลือดเดิม 3 ราย (ร้อยละ 14.3) การวินิจฉัยหลักประกอบด้วยการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ 10 ราย (ร้อยละ 47.6) หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง 5 ราย (ร้อยละ 23.8) แผลเจาะทะลุผนังหลอดเลือด 4 ราย (ร้อยละ 19.0) และเลือดคั่งในผนังหลอดเลือด 2 ราย (ร้อยละ 9.5)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 21)

ลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศชาย	14	66.7
เพศหญิง	7	33.3
ความดันโลหิตสูง	14	66.7
เบาหวานชนิดที่ 2	6	28.6
ภาวะสมองขาดเลือดเดิม	3	14.3
การฉีกขาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ (AD)	10	47.6
หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (TAAA)	5	23.8
แผลเจาะทะลุผนังหลอดเลือด (PAU)	4	19.0
เลือดคั่งในผนังหลอดเลือด (IMH)	2	9.5

2. ผลการประเมินการไหลเวียนเลือดในกะโหลกศีรษะและกลยุทธ์การป้องกันสมองเฉพาะบุคคล

ผู้ป่วย 21 รายได้รับการประเมินวงแหวนวิลลิสและหลอดเลือดแดง vertebral พบวงแหวนวิลลิส ครบถ้วน 10 ราย (ร้อยละ 47.6) ไม่พบ anterior communicating artery 8 ราย (ร้อยละ 38.1) ไม่พบ left posterior communicating artery 11 ราย (ร้อยละ 52.4) และไม่พบ right posterior communicating artery 9 ราย (ร้อยละ 42.9) วิถีการไหลเวียนเลือดในสมองแบบเดินหน้าเฉพาะบุคคลแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิถีการไหลเวียนเลือดในสมองแบบเดินหน้าเฉพาะบุคคล (n = 21)

วิถีการไหลเวียนเลือด (ACP)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
FV–RAA	11	52.4
FV–RAA และ LCCA	5	23.8
FV–BAA และ LCCA	3	14.3
FV–BAA	2	9.5
รวม	21	100.0

หมายเหตุ: FV = femoral vein; RAA = right axillary artery; BAA = bilateral axillary arteries; LCCA = left common carotid artery

3. ดัชนีประเมินกลยุทธ์การป้องกันสมอง

ระยะเวลาการสอดท่อไหลเวียนเลือดนอกร่างกายเฉลี่ย 41.9 ± 17.0 นาที ระยะเวลาการไหลเวียนเลือดในสมองแบบเดินหน้า 102.0 ± 11.0 นาที อัตราการไหลของเลือดในสมองเฉลี่ย 1.01 ± 0.07 L/min·m² การเฝ้าติดตามด้วย TCD ตรวจพบสัญญาณลิ่มของแข็ง 3 ราย (ร้อยละ 14.3) และสัญญาณลิ่มก๊าซ 11 ราย (ร้อยละ 52.4) แต่ไม่พบภาวะการไหลเวียนต่ำหรือสูงเกินไป ไม่พบภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการระหว่างผ่าตัด พบภาวะสมองขาดเลือดใหม่จากการตรวจ MRI หลังผ่าตัด 2 ราย (ร้อยละ 9.5) ซึ่งเป็นภาวะสมองขาดเลือดเฉพาะที่ในการไหลเวียนส่วนหน้าโดยไม่มีอาการทางคลินิก

4. ดัชนีประเมินที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

อัตราความสำเร็จทางเทคนิคของการผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 100 ไม่พบการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 365.4 ± 67.3 นาที ปริมาณเลือดเสียระหว่างผ่าตัด 141.9 ± 50.3 มล. ระยะเวลาการซ่อมแซมสามแขนงเฉลี่ย 100.0 ± 12.2 นาที พบภาวะแทรกซ้อนของเส้นทางเข้าถึง 2 ราย (ร้อยละ 9.5) ประกอบด้วย

ก้อนเลือดบริเวณแผลคอ 1 ราย และ femoral artery pseudoaneurysm 1 ราย ซึ่งทั้งสองรายได้รับการจัดการสำเร็จ ระยะเวลาพักใน ICU เฉลี่ย 38.2 ± 12.7 ชั่วโมง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 16.1 ± 5.8 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 45.6 ± 5.5 หมื่นหยวน

ตารางที่ 3 สรุปผลลัพธ์ทางการผ่าตัดและการเฝ้าติดตามด้วย TCD (n = 21)

ดัชนีประเมิน	ค่า
อัตราความสำเร็จทางเทคนิค	21 ราย (ร้อยละ 100)
การเสียชีวิตระหว่างผ่าตัด	0 ราย (ร้อยละ 0)
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)	365.4 ± 67.3
ปริมาณเลือดเสีย (มล.)	141.9 ± 50.3
ระยะเวลา ACP (นาที)	102.0 ± 11.0
อัตราการไหล ACP (L/min·m²)	1.01 ± 0.07
สัญญาณลิ่มของแข็งจาก TCD	3 ราย (ร้อยละ 14.3)
สัญญาณลิ่มก๊าซจาก TCD	11 ราย (ร้อยละ 52.4)
ภาวะสมองขาดเลือดไม่มีอาการ	2 ราย (ร้อยละ 9.5)
ภาวะแทรกซ้อนของเส้นทางเข้าถึง	2 ราย (ร้อยละ 9.5)
ระยะเวลาใน ICU (ชั่วโมง)	38.2 ± 12.7
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	16.1 ± 5.8

5. ดัชนีประเมินในระยะติดตามผล

ระยะเวลาการติดตามผลอย่างน้อย 12 เดือน ไม่พบโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ พบภาวะเลือดรั่วของขดลวด (endoleak) 4 ราย (ร้อยละ 19.05) ประกอบด้วย Type III 3 ราย และ Type II 1 ราย พบการอุดตันของขดลวดแขนง 2 ราย (ร้อยละ 9.5) ทั้งสองรายเป็น left subclavian artery และพบผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 4.8) เสียชีวิตในระยะติดตามผล จากการฉีกขาดย้อนกลับที่เกี่ยวข้องกับขดลวด ไม่พบการเคลื่อนที่ของขดลวด การติดเชื้อของขดลวด หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ากลยุทธ์การป้องกันสมองแบบเฉพาะบุคคลสามารถลดอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบระหว่างผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราความสำเร็จทางเทคนิคร้อยละ 100 ไม่พบผู้เสียชีวิตระหว่างผ่าตัด และไม่พบภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการ ผลลัพธ์นี้ดีกว่าการศึกษาก่อนหน้าของ Chastant และคณะ[7] ที่รายงานอัตราการเกิดเหตุการณ์หลอดเลือดสมองหลังการรักษา ร้อยละ 10 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Qin และคณะ[8] ที่ใช้เทคนิคเลเซอร์เจาะช่องเปิดแบบอินซิตู ซึ่งพบอัตราการเกิดภาวะสมองขาดเลือดเล็กน้อยร้อยละ 3.4

ความสำเร็จของกลยุทธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการคำนึงถึงความแปรปรวนของวงแหวนวิลลิสในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Klimek-Piotrowska และคณะ[9] ที่พบว่า ประชากรมีโครงสร้างวงแหวนวิลลิสครบถ้วนเพียงร้อยละ 27-45.2 และในประชากรชาวจีนพบความแปรปรวนสูงถึงร้อยละ 73[10] ในการศึกษานี้ พบว่ามีเพียง 10 ราย (ร้อยละ 47.6) ที่มีวงแหวนวิลลิสครบถ้วน ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้การกำหนดวิถีการไหลเวียนเลือดในสมองแบบมาตรฐานเดียวไม่สามารถประกันการไหลเวียนเลือดในสมองอย่างเพียงพอในผู้ป่วยทุกราย

การใช้ TCD เป็นเครื่องมือเฝ้าติดตามแบบเรียลไทม์ช่วยให้สามารถตรวจพบสัญญาณลิ่มก๊าซและลิ่มของแข็ง ตลอดจนปรับอัตราการไหลของเลือดในสมองได้แบบทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของ Hongku และคณะ[11] ที่ชี้ให้เห็นว่าการเฝ้าติดตามการไหลเวียนเลือดในสมองระหว่างผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท การผสมผสานระหว่างการประเมินก่อนผ่าตัด การไหลเวียนเลือดนอกร่างกาย และการเฝ้าติดตามด้วย TCD จึงเป็นจุดเด่นของกลยุทธ์นี้ที่แตกต่างจากระบบเปลี่ยนทิศทางด้วยปลอกสวนหรือการต่อเลี่ยงภายนอกกายวิภาคที่ใช้กันอยู่

อย่างไรก็ตาม ในระยะติดตามผลพบภาวะเลือดรั่วของขดลวดร้อยละ 19.05 และการอุดตันของขดลวดแขนงร้อยละ 9.5 ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดของเทคนิคการเจาะช่องเปิดแบบอินซิตูในระยะยาว ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของ Bavaria และคณะ[12] และ Greenberg และคณะ[13] ที่ชี้ให้เห็นว่า การเจาะช่องเปิดในส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่จำเป็นต้องมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

ข้อเสนอแนะ

กลยุทธ์การป้องกันสมองแบบเฉพาะบุคคลที่นำเสนอในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัย ความเป็นไปได้ และประสิทธิผลในการลดภาวะหลอดเลือดสมองตีบระหว่างผ่าตัดซ่อมแซมส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้วยเทคนิคเจาะช่องเปิดสามแขนง อัตราความสำเร็จทางเทคนิคร้อยละ 100 ไม่มีการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัด ไม่มีภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการ และมีภาวะสมองขาดเลือดไม่มีอาการเพียงร้อยละ 9.5 กลยุทธ์ดังกล่าวจึงสนับสนุนการประยุกต์ใช้ในทางคลินิกอย่างปลอดภัยและคุ้มค่าในผู้ป่วยที่มีโรคของส่วนโค้งหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ซับซ้อน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. ควรจัดให้มีการประเมินการไหลเวียนเลือดในกะโหลกศีรษะอย่างละเอียดก่อนการผ่าตัดเจาะช่องเปิดสามแขนงในผู้ป่วยทุกราย

2. ควรพัฒนาทีมสหสาขาที่มีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยี TCD ร่วมกับการไหลเวียนเลือดนอกร่างกาย เพื่อให้สามารถดำเนินกลยุทธ์การป้องกันสมองนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาเชิงคาดการณ์แบบหลายศูนย์ ที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้น เพื่อเพิ่มพลังทางสถิติและความเป็นสากลของผลการวิจัย

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของกลยุทธ์การป้องกันสมองแบบเฉพาะบุคคลกับวิธีอื่น ๆ เช่น ระบบเปลี่ยนทิศทางด้วยปลอกสวนและการต่อเลี่ยงภายนอกกายวิภาค

3. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเกินกว่า 5 ปี เพื่อประเมินความคงทนของขดลวดและภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่เทคนิคของภาควิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด โรงพยาบาลสมทบที่สี่แห่งมหาวิทยาลัยการแพทย์กว่างซี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA. 2000;283(7):897-903.

2. Pape LA, Awais M, Woznicki EM, Suzuki T, Trimarchi S, Evangelista A, et al. Presentation, diagnosis, and outcomes of acute aortic dissection: 17-year trends from the International Registry of Acute Aortic Dissection. J Am Coll Cardiol. 2015;66(4):350-8.

3. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. Eur Heart J. 2014;35(41):2873-926.
4. Riambau V, Böckler D, Brunkwall J, Cao P, Chiesa R, Coppi G, et al. Editor's choice – management of descending thoracic aorta diseases: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2017;53(1):4-52.
5. Bergeron P, Mangialardi N, Costa P, Coulon P, Douillez V, Serreo E. Great vessel management for endovascular exclusion of aortic arch aneurysms and dissections. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2006;32(1):38-45.
6. Inoue K, Hosokawa H, Iwase T, Sato M, Yoshida Y, Ueno K. Aortic arch reconstruction by transluminally placed endovascular branched stent graft. Circulation. 1999;99(10):1331-7.
7. Chastant R, Mangialardi N, Speziale F, Alberti V, De Caridi G, Setacci F. Total endovascular repair of aortic arch aneurysms by in situ stent graft fenestration technique. J Endovasc Ther. 2019;26(3):345-53.
8. Qin J, Zhao Z, Wang R, Ye K, Li W, Liu X. In situ laser fenestration is a feasible method for revascularization of aortic arch during thoracic endovascular aortic repair. J Am Heart Assoc. 2017;6(4):e004542.
9. Klimek-Piotrowska W, Rybicka M, Wojnarska A, Wójtowicz A, Koziej M, Hołda MK. A multitude of variations in the configuration of the circle of Willis: an autopsy study. Anat Sci Int. 2016;91(4):325-33.
10. Li Q, Li J, Lv F, Li K, Luo T, Xie P. A multidetector CT angiography study of variations in the circle of Willis in a Chinese population. J Clin Neurosci. 2011;18(3):379-83.
11. Hongku K, Dias N, Sonesson B, Resch T, Malina M. Intra-operative cerebral perfusion strategies in 60 consecutive patients undergoing zone 0-2 thoracic endovascular aortic repair. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2015;50(6):725-31.
12. Bavaria JE, Appoo JJ, Makaroun MS, Verter J, Yu ZF, Mitchell RS. Endovascular stent grafting versus open surgical repair of descending thoracic aortic aneurysms in low-risk patients: a multicenter comparative trial. J Thorac Cardiovasc Surg. 2007;133(2):369-77.
13. Greenberg RK, Haddad F, Svensson L, O'Neill S, Walker E, Lyden SP. Hybrid approaches to thoracic aortic aneurysms: the role of endovascular elephant trunk completion. Circulation. 2005;112(17):2619-26.

ปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อชนิดโรลออน ที่วางจำหน่ายในประเทศไทย
AN ANALYSIS OF ALUMINIUM LEVELS IN ANTIPERSPIRANT ROLL-ON PRODUCTS IN THE THAI MARKET.

(Received: May 19,2026 ; Revised: May 25,2026 ; Accepted: May 29,2026)

อังคณา ยืนชีพ[1] ปองศิริ คุณงาม[2]
Angkana Yuencheep[1] Pongsiri Koonngam[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อชนิดโรลออนจำนวน 16 ตัวอย่าง ที่ได้รับความนิยมในประเทศไทย ตัวอย่างประกอบด้วยผลิตภัณฑ์สำหรับเพศชายและเพศหญิง ครอบคลุมแบรนด์ที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุดและแบรนด์ทางเลือก วิเคราะห์ปริมาณอะลูมิเนียมด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma-Optical Emission Spectrometry (ICP-OES) ณ ห้องปฏิบัติการมาตรฐาน ISO/IEC 17025

ผลการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์ทั้งหมดมีปริมาณอะลูมิเนียมอยู่ในช่วงร้อยละ 1.201–4.183 (w/w) และมีค่าเฉลี่ยรวมร้อยละ 2.744 ± 0.900 (w/w) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยของคณะกรรมการวิทยาศาสตร์เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคแห่งสหภาพยุโรป (SCCS) ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 6.25 (w/w) Al

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อ, อะลูมิเนียม, ความปลอดภัยในเครื่องสำอางค์

ABSTRACT

This study aimed to determine the aluminium content in popular roll-on antiperspirant products in Thailand. A descriptive laboratory-based study was conducted on 16 purposively selected samples. Aluminium concentrations were measured using ICP-OES technique.

The results showed that measured levels ranged from 1.201–4.183 (w/w with an overall mean value of 2.744 ± 0.900% (w/w). All samples were within the SCCS safety limit of 6.25% (w/w) Al

Keywords: Antiperspirant products, Aluminum, Cosmetic safety

บทนำ

ในปัจจุบันการใช้ผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อ (Antiperspirant) และระงับกลิ่นกาย (Deodorant) เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขอนามัยประจำวัน โดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนชื้นอย่างประเทศไทย ซึ่งมีอุณหภูมิและความชื้นสูง ส่งผลให้ประชาชนใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้อย่างแพร่หลาย ข้อมูลจากรายงานทางการตลาดผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อและระงับกลิ่นกายในประเทศไทยเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 4–5 ต่อปี โดยผลิตภัณฑ์ชนิดโรลออน ครองส่วนแบ่งมากที่สุด[1,2,3]

ผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อและระงับกลิ่นกายจัดเป็นเครื่องสำอางตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 และอยู่ภายใต้กรอบข้อตกลง ASEAN Cosmetic Directive (ACD) โดยมีสารออกฤทธิ์หลัก คือ สารประกอบเกลืออะลูมิเนียม (Aluminium salts) เช่น Aluminium Chlorohydrate (ACH) และ Aluminium Zirconium Tetrachlorohydrex Gly (AZGly) ซึ่งทำ

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ) วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจ
[2] วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ปฏิกิริยากับโปรตีนในเหงื่อ เกิดเป็น gel-plug อุดตันท่อเหงื่อ ทำให้การหลั่งเหงื่อลดลง[4,5,6]

ในต่างประเทศ หน่วยงาน US FDA กำหนดความเข้มข้นสูงสุดของ ACH ไม่เกิน 25 % (w/w) และ SCCS ของ EU แนะนำให้ผลิตภัณฑ์โรลออน มีปริมาณ Al ไม่เกิน 6.25 % (w/w)[7,8] แต่ประเทศไทยยังไม่มีกำหนดมาตรฐานดังกล่าว แม้การดูดซึมของอะลูมิเนียมผ่านผิวหนังจะอยู่ในระดับต่ำ < 0.001 % ต่อครั้ง แต่การใช้ซ้ำต่อเนื่องอาจเพิ่มการสะสมในร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ที่โกนรักแร้หรือมีบาดแผล[9,10] การศึกษาหลายงานยังรายงานความสัมพันธ์ระหว่างการสะสมอะลูมิเนียมกับโรคอัลไซเมอร์ การทำงานของไตและกระดูกที่ผิดปกติ[11,12,13]

ปัจจุบันในประเทศไทย มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อหลายยี่ห้อ ทั้งที่ผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ ยังขาดข้อมูลการศึกษาที่เป็นระบบและเชิงปริมาณในบริบทของประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อที่วางจำหน่ายในประเทศไทย เพื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานสากล และจัดทำเป็นข้อมูลอ้างอิงเชิงประจักษ์ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ประกอบการพิจารณากำหนดมาตรการหรือมาตรฐานด้านความปลอดภัยเฉพาะสำหรับผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อตรวจวัดปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อที่ได้รับความนิยมและวางจำหน่ายในประเทศไทย

2 เพื่อประเมินปริมาณอะลูมิเนียมที่ตรวจวัดได้ในแต่ละตัวอย่างว่ามีความสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยสากลของสหภาพยุโรป ซึ่งกำหนดไว้ที่ 6.25% (w/w) Al สำหรับผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อชนิดโรลออน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดและประเมินปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อที่จำหน่ายในประเทศไทยกับมาตรฐานสากลของสหภาพยุโรป

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อที่มีจำหน่ายในห้างสรรพสินค้าและร้านสะดวกซื้อในประเทศไทย จำนวน 16 ตัวอย่าง ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งเป็นผลิตภัณฑ์สำหรับเพศชายและเพศหญิง กลุ่มละ 8 ตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผลิตภัณฑ์ต้องอยู่ในรูปแบบโรลออนและระบุบนฉลากว่าเป็นผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อ (Antiperspirant) 2) ผลิตภัณฑ์จากแบรนด์ที่มีส่วนแบ่งทางการตลาดสูงสุด 4 อันดับแรก สำหรับทั้งผลิตภัณฑ์สำหรับเพศชายและเพศหญิง โดยอ้างอิงข้อมูลจาก บริษัท นีลเส็น (ประเทศไทย) จำกัด ประจำปี พ.ศ. 2565[14] 3) ผลิตภัณฑ์ต้องระบุส่วนประกอบของสารประกอบเกลืออะลูมิเนียมอย่างชัดเจนบนฉลาก 4) คัดเลือกผลิตภัณฑ์จากแบรนด์ทางเลือกเพิ่มเติมอีกกลุ่มละ 4 ตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมและเป็นตัวแทนของตลาดผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อ 5) ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ต้องมีวันที่ผลิตไม่เกิน 12 เดือนจากวันที่ทำการจัดซื้อตัวอย่าง

วิธีการทดสอบ

การวิเคราะห์ปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อดำเนินการโดยใช้เทคนิค Inductively Coupled Plasma–Optical Emission Spectrometry (ICP-OES)[6,19] ซึ่งเป็นวิธีการวิเคราะห์ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เนื่องจากมีความไวสูงและความแม่นยำ เหมาะสำหรับการตรวจวัดโลหะในระดับความเข้มข้นต่ำในตัวอย่างเครื่องสำอาง การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการภายใต้มาตรฐานการรับรองคุณภาพ

ISO/IEC 17025:2017 ณ ห้องปฏิบัติการของบริษัท กฤษฎา แลบบอราทอรีส์ จำกัด ซึ่งได้รับการรับรองจากสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการทดสอบมีความถูกต้องและสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ ขั้นตอนการเตรียมตัวอย่าง 1) ชั่งน้ำหนักตัวอย่างผลิตภัณฑ์อย่างแม่นยำ 2)ละลายตัวอย่างในกรดไนตริก (HNO_3) เข้มข้นภายใต้สภาวะควบคุม เพื่อให้โลหะอะลูมิเนียมอยู่ในรูปสารละลายที่พร้อมสำหรับการตรวจวัด การตรวจวัด หลังจากเตรียมตัวอย่างเสร็จสิ้น นำตัวอย่างเข้าสู่เครื่อง ICP-OES เพื่อวัดค่าความเข้มแสงของอะลูมิเนียมที่ความยาวคลื่นเฉพาะ ตามมาตรฐานการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำเสนอข้อมูลทั่วไปผลิตภัณฑ์ โรลออนระงับเหงื่อและระงับกลิ่น ทั้ง 16 ตัวอย่าง และค่าปริมาณอะลูมิเนียม เพื่อแสดงเปรียบเทียบให้เห็นอย่างชัดเจนของปริมาณอะลูมิเนียม ที่พบในแต่ละผลิตภัณฑ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลปริมาณอะลูมิเนียมทั้งหมดที่พบในผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ หรือการทดลองกับสัตว์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ตามเลขที่ DPUHREC 1812/2568 วันที่ 18 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่าผลิตภัณฑ์ทั้ง 16 ตัวอย่างมีปริมาณอะลูมิเนียมต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยของคณะกรรมการวิทยาศาสตร์เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคแห่งสหภาพยุโรป (Scientific Committee on Consumer Safety: SCCS) ซึ่งกำหนดความเข้มข้นสูงสุดไม่เกินร้อยละ 6.25 (w/w) Al โดยค่าที่ตรวจพบอยู่ในช่วงร้อยละ 1.201–4.183 (w/w) และมีค่าเฉลี่ยรวมร้อยละ 2.744 ± 0.900 (w/w) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ผลการตรวจวัดปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อรายตัวอย่าง

รหัสตัวอย่าง	เพศ	ค่าที่ห้องปฏิบัติการรายงาน) MG/KG)	ค่าที่คำนวณเป็น% โดยน้ำหนัก) % W/W(	ผลการประเมิน
A01	ชาย	27479.29	2.748	√
A02	ชาย	14619.96	1.462	√
A03	ชาย	41833.27	4.183	√
A04	ชาย	32677.89	3.268	√
A05	ชาย	33907.89	3.391	√
A06	ชาย	12005.59	1.201	√
A07	ชาย	26757.15	2.676	√
A08	ชาย	25209.79	2.521	√
A09	หญิง	39881.19	3.988	√
A10	หญิง	21366.87	2.137	√
A11	หญิง	33989.19	3.399	√
A12	หญิง	18557.50	1.856	√
A13	หญิง	37325.28	3.732	√

ตารางที่ 4.1 ผลการตรวจวัดปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อรายตัวอย่าง

รหัสตัวอย่าง	เพศ	ค่าที่ห้องปฏิบัติการรายงาน) MG/KG)	ค่าที่คำนวณเป็น% โดยน้ำหนัก) % W/W(	ผลการประเมิน
A14	หญิง	27625.80	2.763	√
A15	หญิง	29127.55	2.912	√
A16	หญิง	16656.68	1.666	√

หมายเหตุ. √ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย × ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย

การเปรียบเทียบปริมาณอะลูมิเนียมจำแนกตามกลุ่มเพศ 3 ผลการวิเคราะห์ปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์สำหรับสำหรับเพศชายจำนวน 8 ตัวอย่าง รหัส A01 – A08 และเพศหญิงจำนวน 8 ตัวอย่าง รหัส A09 – A16 แสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของปริมาณอะลูมิเนียมอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเพศชายเล็กน้อย 2.807 และ 2.681 (w/w) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีค่าปริมาณอะลูมิเนียมต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย

การเปรียบเทียบปริมาณอะลูมิเนียมจำแนกตามประเภทแบรนด์ ผลการวิเคราะห์ปริมาณอะลูมิเนียมทั้งกลุ่มแบรนด์ Top 4 Market Share และแบรนด์ทางเลือก มีค่าเฉลี่ยของปริมาณอะลูมิเนียมอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 2.888 และ 2.610 ตามลำดับ โดยกลุ่ม Top 4 Market Share มีแนวโน้มความเข้มข้นที่สูงกว่าเล็กน้อย และพบค่าสูงสุดที่ร้อยละ 4.183 (w/w)

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย พบว่าผลิตภัณฑ์ทั้งหมด 16 ตัวอย่างจากทั้งสองกลุ่ม มีปริมาณอะลูมิเนียมไม่เกินร้อยละ 6.25 (w/w) และมีการกระจายตัวของข้อมูลในระดับปานกลาง ทั้งในภาพรวม แยกตามเพศ และแยกตามกลุ่มแบรนด์ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ความปลอดภัยทุกรายการ โดยค่าสูงสุดที่ตรวจพบ 4.183 (w/w) ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 67 ของเกณฑ์ความปลอดภัยสูงสุดที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นความปลอดภัยที่สูง ซึ่งลดความเสี่ยงของการได้รับสัมผัสสารเกินขนาดในผู้บริโภค

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อ ที่วางจำหน่ายในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลเชิงพรรณนาจากการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้งานจริงในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อทั้ง 16 ตัวอย่าง มีปริมาณอะลูมิเนียมต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 6.25 (% w/w) Al ซึ่งเป็นระดับความเข้มข้นสูงสุดที่คณะกรรมการวิทยาศาสตร์เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคแห่งสหภาพยุโรป (SCCS) เห็นว่าปลอดภัยต่อการใช้ในชีวิตประจำวัน

ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อที่ได้รับความนิยมในประเทศไทยมีการควบคุมปริมาณสารออกฤทธิ์ให้อยู่ในช่วงที่สอดคล้องกับแนวทางความปลอดภัยสากล และสามารถใช้เป็นทางเลือกเบื้องต้นในการจัดการปัญหาเหงื่อออกมากในกลุ่มประชากรทั่วไป

เมื่อพิจารณาในมุมมองทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อที่มีสารประกอบอะลูมิเนียมทำหน้าที่ลดการหลั่งเหงื่อโดยการอุดกั้นชั่วคราวของท่อเหงื่อ ซึ่งแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ระงับกลิ่นกาย ที่ออกฤทธิ์เพียงลดกลิ่นไม่พึงประสงค์ กลไกดังกล่าวทำให้ผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อ ที่มีอะลูมิเนียมยังคงเป็นแนวทางที่แพทย์มักแนะนำในผู้ที่มีอาการเหงื่อออกมากระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะในผู้ที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้การรักษาเชิงหัตถการ

จากผลการศึกษาที่พบว่าปริมาณอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ทุกตัวอย่างอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์ความปลอดภัย และมีการกระจายตัวของข้อมูลในระดับปานกลางโดยไม่พบค่าผิดปกติ จึงสามารถตีความได้ว่า ความเสี่ยงจากการได้รับสัมผัสอะลูมิเนียมผ่านผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อในกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่ในระดับต่ำ เมื่อใช้ตามคำแนะนำทั่วไป การเลือกวิธีควบคุมเหงื่อที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลคุณภาพชีวิต และความมั่นใจของ ของผู้บริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์และสุขภาวะโดยรวม

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังมีความสอดคล้องกับรายงานจากต่างประเทศ เช่น งานของ Mackiewicz และคณะ และ Avramescu และคณะ ที่พบช่วงความเข้มข้นของอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อใกล้เคียงกัน ซึ่งสนับสนุนว่าผลการศึกษานี้สะท้อนสถานการณ์การใช้สารประกอบอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อในระดับสากล และสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาทางการแพทย์ร่วมกับปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้และทางเลือกการรักษาอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม [19,20,21]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและความปลอดภัยสาธารณะ แม้ผลการศึกษานี้จะพบว่าผลิตภัณฑ์โรลออนระงับเหงื่อที่วางจำหน่ายในปัจจุบันมีปริมาณอะลูมิเนียมอยู่ในระดับที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ในเชิงคลินิก การได้รับสัมผัสสารดังกล่าวจากการใช้เป็นประจำในระยะยาวควรถูกพิจารณาอย่างรอบคอบ หน่วยงานกำกับดูแลจึงควรกำหนดค่าความเข้มข้นสูงสุดของอะลูมิเนียมในผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อให้ชัดเจน โดยอ้างอิงมาตรฐานความปลอดภัยสากล เพื่อใช้เป็นกรอบอ้างอิงในการให้คำแนะนำ และเพื่อลดความเสี่ยงจากการได้รับสัมผัสสารในปริมาณที่สูงเกินความจำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่องหรือในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะทางคลินิกและการให้คำแนะนำผู้บริโภค 1) ควรหลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อบนผิวหนังที่มีรอยถลอกหรือทันทีหลังการโกนขน เนื่องจากสภาพผิวหนังชั้นหนังกำพร้าที่ถูกทำลายอาจเพิ่มการซึมผ่านของสารเข้าสู่ผิวหนังมากกว่าภาวะปกติ 2) สำหรับผู้ที่มีผิวแพ้ง่าย หรือมีความกังวลเกี่ยวกับการได้รับสัมผัสโลหะหนักในระยะยาว อาจพิจารณาเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีความเข้มข้นของสารออกฤทธิ์ในระดับต่ำ หรือเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทางเลือกที่ไม่มีส่วนผสมของอะลูมิเนียม aluminum-free สลับกับการใช้ผลิตภัณฑ์ทั่วไป เพื่อช่วยลดการได้รับสัมผัสสารสะสมโดยไม่จำเป็น

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต 1) งานวิจัยนี้จำกัดขอบเขตการศึกษาเฉพาะผลิตภัณฑ์ระงับเหงื่อชนิดโรลออน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายไปยังผลิตภัณฑ์รูปแบบอื่นที่ได้รับความนิยม เช่น ชนิดสเปรย์ ชนิดแท่ง และชนิดครีม ซึ่งอาจมีแนวทางการกำหนดเกณฑ์ความเข้มข้นที่แตกต่างกัน 2) ควรมีการศึกษาการดูดซึมผ่านผิวหนัง โดยเฉพาะการเปรียบเทียบอัตราการดูดซึมในสภาวะผิวปกติเทียบกับผิวหนังหลังทำหัตถการทางผิวหนัง เช่น หลังการโกนขน หรือหลังการทำเลเซอร์กำจัดขน 3) ควรมีการตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนของโลหะหนักชนิดอื่นที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการผลิต เช่น ตะกั่วหรือแคดเมียม ซึ่งเป็นสารที่อาจส่งผลต่อการเสื่อมของเซลล์ เพื่อประเมินความปลอดภัยของผู้บริโภคอย่างรอบด้าน 4) การวิจัยในอนาคตอาจพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและกระจายการเก็บตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่ภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย เพื่อให้ผลการศึกษาเป็นตัวแทนของผลิตภัณฑ์ในภาพรวมของประเทศได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงปองศิริ คุณงาม อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ เป็นอย่างสูง สำหรับคำแนะนำ ความเอาใจใส่ ซึ่งช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการยิ่งขึ้น และคณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Euromonitor International. Deodorants in Thailand Report [Internet]. London: Euromonitor International; 2024 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.euromonitor.com/deodorants-in-thailand/report
2. Statista Research Department. Beauty & Personal Care - Worldwide [Internet]. Hamburg: Statista Research Department; 2025 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.statista.com/outlook/cmo/beauty-personal-care/deodorants/thailand
3. 6Wresearch. Thailand Deodorant and Antiperspirant Market (2025–2031) [Internet]. New Delhi: 6Wresearch; 2025 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.6wresearch.com/industry-report/thailand-refillable-deodorants-market
4. Laden K, Felger CB. Aluminum chlorohydrate and related compounds as antiperspirant agents. J Soc Cosmet Chem. 1988;39(5):281–293.
5. Bresnick E. Thoughts from the New Editor. Toxicology and Applied Pharmacology. 1993 Jan 1;118(1):1. doi:10.1006/taap.1993.1001
6. Exley C. Human exposure to aluminium. Environ Sci Process Impacts. 2013;15(10):1807–16. doi:10.1039/c3em00374d
7. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Antiperspirant Drug Products for Over-the-Counter Human Use; Final Monograph. Fed Regist. 2003;68(158):49546–49569.
8. Scientific Committee on Consumer Safety (SCCS). Opinion on the safety of aluminium in cosmetic products (SCCS/1613/19) [Internet]. Brussels: European Commission; 2020 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://health.ec.europa.eu/document/download/c60cc5db-260d-4707-a75f-b994293a618b_en
9. Flarend R, Bin T, Elmore D, Mayer J. A study of the disposition of topically applied aluminium in humans. Food Chem Toxicol. 2001;39(2):163–168. doi:10.1016/S0278-6915(00)00136-1
10. Pineau A, Guillard O, Lanhers MC, Boucly P, Lestaevel P. In vitro study of aluminium binding to plasma proteins: possible relation to neurotoxicity. J Inorg Biochem. 1993;49(2):133–140. doi:10.1016/0162-0134(93)80073-R
11. Kawahara M, Kato-Negishi M. Link between Alzheimer's disease and metal ions such as copper, iron, and aluminium. Front Aging Neurosci. 2011;3:1–8. doi:10.3389/fnagi.2011.00039
12. Nayak P. Aluminium: impacts and diseases. Environ Res. 2002;89(2):101–115. doi:10.1006/enrs.2002.4352
13. Mayo Clinic. Sweat glands [Internet]. Rochester (MN): Mayo Foundation for Medical Education and Research; [cited 2025 Oct 30]. Available from: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hyperhidrosis/multimedia/sweat-glands/img-20007980
14. Marketeer Online. ตลาดผลิตภัณฑ์ระงับกลิ่นกายโตต่อเนื่อง นีเวียครองแชมป์ เปิดเกมชิงลูกค้าทุกเซกเมนต์ [Internet]. Bangkok: Marketeer Online; 2023 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://marketeeronline.co/archives/325945
15. Sato K, Kang WH, Saga K, Sato KT. Physiology of sweat gland function: The roles of eccrine, apocrine, and apoeccrine glands. J Dermatol Sci. 2019;96(4):181–192. doi:10.1016/j.jdermsci.2019.03.011

16. StatPearls [Internet]. Anatomy, Skin Sweat Glands. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2025 Oct 30]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482278
17. Wilke K, Martin A, Terstegen L, Biel S. A short history of sweat gland biology. Int J Cosmet Sci. 2007;29(3):169–179. doi:10.1111/j.1467-2494.2007.00387.x
18. Shibasaki M, Crandall CG, Davis SL. Neural control and mechanisms of eccrine sweating in humans. Auton Neurosci. 2019;215:102684. doi:10.1016/j.autneu.2019.102684
19. Maćkiewicz E, Zimon A, Pawlaczyk A, Albińska J, Szynkowska-Jóźwik MI. Application of the ICP-OES and SEM-EDS Techniques for Elemental Analysis of Various Types of Cosmetic Products with Antiperspirant and Deodorant Properties Available on the EU Market. Molecules. 2025;30(20):4050. doi:10.3390/molecules30204050
20. Da Costa WKOC, et al. Direct analysis of deodorants for determination of metals by inductively coupled plasma optical emission spectrometry. J Pharm Biomed Anal. 2018;155:247–252. doi:10.1016/j.jpba.2018.04.004
21. De Ligt R, et al. Assessment of dermal absorption of aluminium from a representative antiperspirant formulation using a (26Al)Al microtracer approach: a follow-up study in humans. Toxicol Res. 2022;11(3):511–519. doi:10.1093/toxres/tfac029

การบูรณาการระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ: กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชน

Integration of the Emergency Severity Index (ESI) Triage System in the Outpatient Department of Thong Pha Phum Hospital: A Participatory Action Research Process in a Community Hospital.

(Received: May 15,2026 ; Revised: May 23,2026 ; Accepted: May 25,2026)

นิตินันท์ พงษ์สรอย[1]
Nitinun Phongsaroi[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบูรณาการระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ดำเนินการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ เป็นระยะเวลา 8 เดือน ผ่าน 3 วงรอบการวิจัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 15 คน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 7 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก 323 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ แบบสังเกตทักษะ แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบ ESI ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการปรับนิยามทรัพยากรให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนา decision algorithm สำหรับกลุ่มอาการที่พบบ่อยในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ได้แก่ กลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง เจ็บหน้าอก ปวดท้อง ระบบทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่ชัดเจน และผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งการปรับเกณฑ์สัญญาณชีพอันตรายตามกลุ่มอายุ ภายหลังการนำระบบ ESI ไปใช้ อัตราความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.8 เป็นร้อยละ 91.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อัตรา under-triage และ over-triage ลดลง คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 12.4 คะแนน เป็น 18.5 คะแนน และพยาบาลทุกคนผ่านเกณฑ์ประเมินหลังการอบรม บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.38 จากคะแนนเต็ม 5.00 โดยด้านประโยชน์ที่ได้รับมีคะแนนสูงที่สุด ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญคือการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และการปรับระบบให้เหมาะสมกับทรัพยากรจริงของโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: ระบบคัดแยกผู้ป่วย, Emergency Severity Index, หน่วยงานผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the integration of the Emergency Severity Index (ESI) triage system in the outpatient department of Thong Pha Phum Hospital, Kanchanaburi Province. A participatory action research design with a mixed-methods approach was employed. The study was conducted over an eight-month period across three action research cycles in the outpatient department of Thong Pha Phum Hospital. Participants included 15 registered nurses, 7 relevant healthcare personnel, and 323 outpatient service users. Research instruments consisted of a knowledge test, skill observation form, satisfaction questionnaire, triage accuracy record form, and semi-structured interview guide. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings showed that the adapted ESI system included context-specific resource definitions for a community hospital, decision algorithms for common outpatient presentations, including cerebrovascular

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

symptoms, chest pain, abdominal pain, respiratory conditions, elderly patients with atypical presentations, and pediatric patients, as well as age-stratified danger vital sign criteria. After implementation, triage accuracy increased significantly from 71.8% to 91.3% ($p < 0.001$), while under-triage and over-triage decreased. Nurses' mean knowledge scores increased from 12.4 to 18.5 points, and all nurses passed the post-training competency assessment. Overall personnel satisfaction with the system was at a high level, with a mean score of 4.38 out of 5.00, and the perceived benefit domain received the highest score. Qualitative findings revealed that key success factors included participation among multidisciplinary personnel, administrative support, clear practice guidelines, and adaptation of the system to available resources in the community hospital setting.

Keywords: Triage system, Emergency Severity Index, outpatient department, community hospital, participatory action research

บทนำ

การคัดแยกผู้ป่วยเป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินและจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาล โดยเฉพาะในหน่วยงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีผู้มารับบริการจำนวนมากและมีความหลากหลายของอาการ การคัดแยกที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที ลดโอกาสการเกิดความล่าช้าในการรักษา ลดความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และช่วยให้การจัดลำดับการให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ[1,2]

ระบบคัดแยกผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพควรสามารถจำแนกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงได้อย่างละเอียดและสอดคล้องกับความต้องการทรัพยากรทางการแพทย์ เนื่องจากการคัดแยกผิดพลาดอาจนำไปสู่การประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง หรือ under-triage ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงได้รับการดูแลล่าช้า และการประเมินสูงกว่าความเป็นจริง หรือ over-triage ซึ่งอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็นและเพิ่มความแออัดในระบบบริการ[3,4] ดังนั้น การใช้ระบบคัดแยกที่มีมาตรฐานจึงเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและสนับสนุนการบริหารจัดการทรัพยากรในหน่วยบริการสุขภาพ[5]

Emergency Severity Index (ESI) เป็นระบบคัดแยกผู้ป่วยแบบ 5 ระดับที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วยโดยพิจารณาจากความเสี่ยงต่อชีวิต ความรุนแรงของอาการ และทรัพยากรทางการแพทย์ที่คาดว่าจะต้องใช้ในการดูแลรักษา ระบบ ESI ได้รับการนำไปใช้ในหลายประเทศและมีหลักฐานสนับสนุนด้านความตรง ความเชื่อมั่น และความสามารถในการเพิ่มความแม่นยำของการคัดแยกผู้ป่วย[6,7] การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าระบบคัดแยกแบบ 5 ระดับมีความละเอียดและเหมาะสมกว่าระบบคัดแยกแบบ 3 ระดับ เนื่องจากสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนระดับกลางหรือมีความเสี่ยงแฝงได้ดีกว่า ลดโอกาสการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงหรือสูงกว่าความเป็นจริง และสนับสนุนการบริหารจัดการทรัพยากรในหน่วยบริการได้เหมาะสมมากขึ้น[8,9]

โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ที่มีภารกิจให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอทองผาภูมิและพื้นที่ใกล้เคียง รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยบางส่วนจากพื้นที่ชายแดนและอำเภอใกล้เคียง จากข้อมูลการให้บริการของหน่วยงานผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 3 ปี พบว่าจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 72,150 ราย ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 78,325 ราย ในปี พ.ศ. 2566 และ 85,410 ราย ในปี พ.ศ. 2567 ขณะเดียวกันยังพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะฉุกเฉินมารับบริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 15–20 ราย หรือประมาณร้อยละ 6–7 ของผู้มารับบริการทั้งหมด ข้อมูลดังกล่าวสะท้อน

ว่าหน่วยงานผู้ป่วยนอกมีความจำเป็นต้องมีระบบคัดแยกผู้ป่วยที่สามารถจำแนกความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

เดิมระบบคัดกรองผู้ป่วยของโรงพยาบาลแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ฉุกเฉิน เร่งด่วน และไม่เร่งด่วน ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน หรือมีอาการสำคัญที่อาจเปลี่ยนแปลงระหว่างรอรับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มอาการทางหลอดเลือดสมอง เจ็บหน้าอก ปวดท้อง ระบบทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่จำเพาะ และผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้จากการทบทวนอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดย้อนหลังของโรงพยาบาลยังพบทั้ง under-triage และ over-triage แม้แนวโน้มอุบัติการณ์จะลดลงจากมาตรการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา แต่การคงอยู่ของอุบัติการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าระบบเดิมยังไม่เพียงพอต่อการรองรับความซับซ้อนของผู้ป่วยในบริบทหน่วยงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน

การนำระบบ ESI มาใช้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถนำรูปแบบจากแผนกฉุกเฉินมาใช้โดยตรงทั้งหมด เนื่องจากบริบทการให้บริการ บุคลากร ทรัพยากรทางการแพทย์ กระบวนการไหลเวียนของผู้ป่วย และรูปแบบการเข้าถึงบริการมีความแตกต่างกัน การปรับระบบให้เหมาะสมกับบริบทจริงจึงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะการกำหนดนิยามทรัพยากรที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลชุมชน การสร้าง decision algorithm สำหรับกลุ่มอาการที่พบบ่อย การกำหนดเกณฑ์สัญญาณชีพอันตรายตามช่วงอายุ และการพัฒนาศักยภาพพยาบาลคัดกรองให้สามารถใช้ระบบได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ[6,7,10]

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาระบบบริการในบริบทจริง เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ สังเกตผล และสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง[11,12] การใช้กระบวนการดังกล่าวร่วมกับการบูรณาการระบบ ESI จึงอาจช่วยให้ระบบคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทองผาภูมิ สามารถนำไปใช้ได้จริง และได้รับการยอมรับจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดการพัฒนาระบบนี้สอดคล้องกับโครงสร้างงานวิจัยเดิมที่กำหนดให้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับวิธีวิจัยแบบผสมผสานใน 3 วงรอบการวิจัย

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบูรณาการระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งพัฒนาระบบคัดแยกที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการนำระบบไปใช้ ประเมินความรู้และทักษะของพยาบาล ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากร และวิเคราะห์ความเป็นไปได้รวมถึงอุปสรรคในการนำระบบ ESI ไปใช้จริงในหน่วยงานผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบูรณาการระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบูรณาการระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต

และการสะท้อนผลในลักษณะวงรอบต่อเนื่อง[11,12] การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 วงรอบ ภายในระยะเวลา 8 เดือน ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทองผาภูมิ

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ จำนวน 15 คน ใช้สำหรับการประเมินความรู้ทักษะ และความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ ESI 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ จำนวน 7 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก พยาบาลห้องฉุกเฉิน เวชกิจฉุกเฉิน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ปัญหา และอุปสรรคในการนำระบบไปใช้ และ 3) ผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 323 คน ใช้สำหรับการประเมินความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการนำระบบ ESI ไปใช้

ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยคำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และใช้ค่าสัดส่วนความผิดพลาดในการคัดกรองจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องเท่ากับ 0.30 ได้ขนาดตัวอย่าง 322.68 ราย จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 323 ราย การคัดเลือกผู้ป่วยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบจากผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอกในช่วงดำเนินการศึกษา ส่วนกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องคัดเลือกแบบเจาะจงตามบทบาทหน้าที่และความเกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบ ESI สำหรับพยาบาลคัดกรอง 2) แบบสังเกตทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบ ESI 3) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบ ESI 4) แบบบันทึกความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการนำระบบไปใช้ และ 5) แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับศึกษาความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการใช้ระบบ ESI ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 วงรอบ วงรอบที่ 1 เป็นระยะเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบเบื้องต้น โดยศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของระบบคัดกรองผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดของระบบเดิม ประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลก่อนการอบรม จัดอบรมเกี่ยวกับหลักการใช้ระบบ ESI ทดลองใช้ระบบในสถานการณ์จำลอง และประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงระบบ วงรอบที่ 2 เป็นระยะทดลองใช้ระบบในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยนำระบบ ESI ที่ปรับปรุงจากวงรอบแรกไปใช้จริง เก็บข้อมูลความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ติดตามปัญหาและอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น วงรอบที่ 3 เป็นระยะใช้ระบบที่ปรับปรุงแล้วและประเมินผล โดยนำระบบ ESI ฉบับปรับปรุงไปใช้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ประเมินความถูกต้องของการคัดแยก ความรู้และทักษะของพยาบาลหลังการพัฒนา ความพึงพอใจของบุคลากร และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเป็นไปได้และอุปสรรคในการดำเนินงาน

ระบบ ESI ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ประกอบด้วยการปรับนิยามทรัพยากรให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนา decision algorithm สำหรับกลุ่มอาการที่พบบ่อยในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ได้แก่ กลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง เจ็บหน้าอก ปวดท้อง ระบบทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่ชัดเจน และผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งการปรับเกณฑ์สัญญาณชีพอันตรายตามกลุ่มอายุ เพื่อให้พยาบาลคัดกรองสามารถตัดสินใจจัดระดับความเร่งด่วนได้เป็นระบบและลดความแปรปรวนจากการใช้ดุลยพินิจรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการประเมินความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ และความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และอัตราความถูกต้องของการคัดแยกก่อนและหลังการนำระบบ ESI ไปใช้ วิเคราะห์ด้วย paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการประชุมสะท้อนผลวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดกลุ่มประเด็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน ความเป็นไปได้ และข้อเสนอแนะต่อการใช้ระบบ ESI ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยดำเนินการภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ใบรับรอง EC.NO.15/2568 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วย ESI ที่เหมาะสมกับบริบทหน่วยงานผู้ป่วยนอก ผลการเปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบ ESI ผลการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาล และผลการประเมินความพึงพอใจ ความเป็นไปได้ และอุปสรรคในการนำระบบไปใช้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 15 คน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ จำนวน 7 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 323 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.1 อายุเฉลี่ย 48.3 ปี (SD = 18.6) โดยกลุ่มอายุ 19–59 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 58.5 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.7 โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.4 รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ 25.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก (n = 323)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	178	55.1
เพศชาย	145	44.9
อายุ 19–59 ปี	189	58.5
มีโรคประจำตัว	167	51.7
เบาหวาน	82	25.4
ความดันโลหิตสูง	95	29.4
โรคหัวใจ	23	7.1
โรคไต	15	4.6
โรคประจำตัวอื่น ๆ	34	10.5

2. ผลการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วย ESI ที่เหมาะสมกับบริบทหน่วยงานผู้ป่วยนอก

การพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วย ESI ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 วงรอบ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาของระบบคัดกรองเดิม การประชุมร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การอบรมพยาบาลคัดกรอง การทดลองใช้ระบบในสถานการณ์จำลอง การนำไปใช้จริงในหน่วยงานผู้ป่วยนอก และการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง ผลการพัฒนาทำให้ได้ระบบ ESI ที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ

ได้แก่ การปรับนิยามทรัพยากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่จริง การพัฒนา decision algorithm สำหรับกลุ่มอาการที่พบบ่อย และการกำหนดเกณฑ์สัญญาณชีพอันตรายตามกลุ่มอายุ

ระบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมกลุ่มอาการสำคัญ 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 27.5 เจ็บหน้าอก ร้อยละ 21.6 ปวดท้อง ร้อยละ 18.6 ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 15.7 ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่ชัดเจน ร้อยละ 11.8 และผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 4.9 การปรับระบบดังกล่าวช่วยให้พยาบาลคัดกรองมีแนวทางตัดสินใจที่ชัดเจน ลดความแปรปรวนจากการใช้ดุลยพินิจรายบุคคล และสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแฝงได้เป็นระบบมากขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กลุ่มอาการสำคัญที่ใช้พัฒนา decision algorithm ในระบบ ESI

กลุ่มอาการ	ร้อยละ
กลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง	27.5
เจ็บหน้าอก	21.6
ปวดท้อง	18.6
ระบบทางเดินหายใจ	15.7
ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่ชัดเจน	11.8
ผู้ป่วยเด็ก	4.9

3. ผลการเปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบ ESI

ภายหลังการนำระบบ ESI ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก พบว่าอัตราความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.8 เป็นร้อยละ 91.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะเดียวกัน อัตราการคัดแยกต่ำกว่าความเป็นจริง หรือ under-triage ลดลงจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 3.7 และอัตราการคัดแยกสูงกว่าความเป็นจริง หรือ over-triage ลดลงจากร้อยละ 17.3 เป็นร้อยละ 5.0

เมื่อพิจารณาในเชิงสัดส่วนการเปลี่ยนแปลง พบว่า under-triage ลดลงร้อยละ 65.7 และ over-triage ลดลงร้อยละ 71.4 หลังการนำระบบ ESI ไปใช้ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าระบบคัดแยกที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความแม่นยำในการจำแนกความเร่งด่วนของผู้ป่วย และลดความเสี่ยงจากการประเมินผู้ป่วยผิดระดับได้อย่างชัดเจน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบ ESI

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้	หลังใช้
ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย	71.8%	91.3%
Under-triage	10.8%	3.7%
Over-triage	17.3%	5.0%
p-value	$p < 0.001$	

4. ผลการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลในการใช้ระบบ ESI

คะแนนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับระบบ ESI เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนการอบรมเฉลี่ย 12.4 คะแนน หรือร้อยละ 62.0 เป็นหลังการใช้งาน 6 เดือนเฉลี่ย 18.5 คะแนน หรือร้อยละ 92.5 ($p < 0.001$) และพยาบาลทุกคนผ่านเกณฑ์ประเมินหลังการอบรม คิดเป็นร้อยละ 100.0

ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการอบรมร่วมกับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง การนำระบบ

ไปใช้จริง และการประชุมสะท้อนผลในแต่ละวงรอบ ช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจของพยาบาลในการใช้ระบบ ESI ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการใช้เกณฑ์ทรัพยากร การแยกผู้ป่วยระดับเร่งด่วน และการตัดสินใจในกลุ่มอาการที่มีความเสี่ยงสูง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ESI

ตัวชี้วัด	ก่อนการอบรม	หลังใช้งาน 6 เดือน
คะแนนเฉลี่ย	12.4	18.5
ร้อยละของคะแนนเต็ม	62.0	92.5
พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์		100.0%
ค่านัยสำคัญทางสถิติ		$p < 0.001$

5. ผลการประเมินความพึงพอใจ ความเป็นไปได้ และอุปสรรคในการนำระบบไปใช้

บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบ ESI โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.38 จากคะแนนเต็ม 5.00 โดยด้านที่มีคะแนนสูงที่สุดคือด้านประโยชน์ที่ได้รับ ค่าเฉลี่ย 4.56 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าบุคลากรรับรู้ว่าระบบ ESI ช่วยเพิ่มความเป็นระบบในการคัดแยกผู้ป่วย ลดความคลุมเครือในการตัดสินใจ และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลตามประสบการณ์การทำงาน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kruskal-Wallis test, $H = 2.56$, $p = 0.28$) แสดงให้เห็นว่าระบบ ESI ที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้งานได้ดีในพยาบาลที่มีระดับประสบการณ์แตกต่างกัน และไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์สูงเท่านั้น

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ 15 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 7 คน พบประเด็นหลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) บุคลากรมีประสบการณ์เชิงบวกต่อการใช้ระบบ ESI เนื่องจากช่วยให้การคัดแยกมีขั้นตอนชัดเจนขึ้น 2) ระบบช่วยลดความลังเลในการตัดสินใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน 3) การมี decision algorithm และเกณฑ์สัญญาณชีพอันตรายช่วยให้การสื่อสารระหว่างหน่วยงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 4) อุปสรรคสำคัญคือภาระงานในช่วงผู้ป่วยหนาแน่นและความคุ้นเคยกับระบบเดิม และ 5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การฝึกอบรมซ้ำ และการปรับระบบให้เหมาะสมกับทรัพยากรจริงของโรงพยาบาลชุมชน

โดยสรุป ผลการศึกษาพบว่าการบูรณาการระบบ ESI ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ลด under-triage และ over-triage เพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาล และได้รับการยอมรับจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระบบดังกล่าวจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และอาจใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยในหน่วยงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

สรุปผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับวิธีวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบูรณาการระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 15 คน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 7 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก 323 คน ดำเนินการผ่าน 3 วงรอบ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบ การทดลองใช้ระบบ และการใช้ระบบที่ปรับปรุงแล้วพร้อมประเมินผล

ผลการวิจัยพบว่า ระบบ ESI ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการปรับนิยามทรัพยากรให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนา decision algorithm สำหรับกลุ่มอาการสำคัญที่พบบ่อย และการกำหนดเกณฑ์สัญญาณชีพอันตรายตามกลุ่มอายุ ภายหลังการนำระบบไปใช้ อัตราความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.8 เป็นร้อยละ 91.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ under-triage ลดลงจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 3.7 และ over-triage ลดลงจากร้อยละ 17.3 เป็นร้อยละ 5.0

คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 12.4 คะแนน เป็น 18.5 คะแนน และพยาบาลทุกคนผ่านเกณฑ์ประเมินหลังการอบรม ความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบ ESI อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.38 จากคะแนนเต็ม 5.00 โดยด้านประโยชน์ที่ได้รับมีคะแนนสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.56 ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ระบบ ESI ช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยมีความชัดเจน ลดความลังเลในการตัดสินใจ และช่วยให้การสื่อสารระหว่างหน่วยงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

โดยสรุป การบูรณาการระบบ ESI ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ลดการคัดแยกผิดพลาด พัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าอัตราความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้ระบบ ESI สะท้อนว่าระบบคัดแยกแบบ 5 ระดับที่พิจารณาทั้งความรุนแรงของอาการ ความเสี่ยงต่อชีวิต และทรัพยากรที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลรักษา ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการจำแนกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยได้ดีกว่าระบบคัดกรองเดิมที่แบ่งเพียง 3 ระดับ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของระบบ ESI ที่มุ่งลดความแปรปรวนในการประเมินและเพิ่มมาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วย[6,7,8]

การลดลงของ under-triage เป็นผลลัพธ์สำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจาก under-triage อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนได้รับการดูแลล่าช้า โดยเฉพาะกลุ่มอาการที่มีความเสี่ยงแฝง เช่น อาการทางหลอดเลือดสมอง เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่จำเพาะ และผู้ป่วยเด็ก การพัฒนา decision algorithm สำหรับกลุ่มอาการเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลประเมินอาการร่วมกับสัญญาณชีพและทรัพยากรที่จำเป็นได้เป็นระบบมากขึ้น[3,4,6]

ในขณะเดียวกัน การลดลงของ over-triage แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยลดการจัดระดับความเร่งด่วนเกินความจำเป็น ซึ่งมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร พื้นที่บริการ และทรัพยากรทางการแพทย์ การปรับนิยามทรัพยากรให้เหมาะสมกับบริบทจริงจึงช่วยให้การจัดลำดับผู้ป่วยมีความสมดุลระหว่างความปลอดภัยและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม[5,9,10]

การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้พยาบาลและการที่พยาบาลทุกคนผ่านเกณฑ์หลังการอบรม แสดงให้เห็นว่าการนำระบบคัดแยกใหม่ไปใช้จำเป็นต้องดำเนินควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การอบรม การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง การทดลองใช้จริง และการสะท้อนผลในแต่ละวงรอบ ช่วยให้พยาบาลเข้าใจระบบ ESI และสามารถประยุกต์ใช้กับงานจริงได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[11,12]

ความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าระบบ ESI ที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานจริง โดยเฉพาะเมื่อระบบช่วยให้ขั้นตอนการคัดแยกชัดเจน ลดความลังเลในการตัดสินใจ และทำให้การสื่อสารระหว่างหน่วยงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตาม อุปสรรค

สำคัญคือภาระงานในช่วงผู้รับบริการหนาแน่น ความคุ้นเคยกับระบบเดิม และความจำเป็นในการฝึกอบรมทบทวนต่อเนื่อง จึงควรมีคู่มือหรือ flow chart ที่ใช้งานง่าย การทบทวนกรณีคัดแยกผิดพลาดเป็นระยะ และการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการคัดแยกอย่างต่อเนื่อง

โดยภาพรวม ผลการศึกษาสนับสนุนว่าระบบ ESI สามารถนำมาปรับใช้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนได้ หากมีการปรับนิยามทรัพยากร ขั้นตอนการตัดสินใจ และกระบวนการฝึกอบรมให้สอดคล้องกับบริบทจริงของหน่วยบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทองผาภูมิ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรหน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ห้องบัตร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการอบรม ทดลองใช้ระบบ ตอบแบบสอบถาม ให้สัมภาษณ์ และร่วมสะท้อนผลตลอดกระบวนการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองผาภูมิ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแก่การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยนอกและความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department care. Version 4. Implementation Handbook 2020 Edition. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
2. Reblora KD, Lopez JM, Goh JO. Improving triage accuracy: A staff development approach. Journal of Emergency Nursing. 2020;46(6):837-845.
3. Mistry B, Stewart De Ramirez S, Kelen G, Schmitz PS, Balhara KS, Levin S, et al. Accuracy and reliability of emergency department triage using the Emergency Severity Index: An international multicenter assessment. Annals of Emergency Medicine. 2018;71(5):581-587.
4. Grossmann FF, Nickel CH, Christ M, Schneider K, Spirig R, Bingisser R. Transporting clinical tools to new settings: Cultural adaptation and validation of the Emergency Severity Index in German. Annals of Emergency Medicine. 2011;57(3):257-264.
5. Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR, Travers D, Gilboy N. Reliability and validity of a new five-level triage instrument. Academic Emergency Medicine. 2001;8(5):516-517.
6. Eitel DR, Travers DA, Rosenau AM, Gilboy N, Wuerz RC. The Emergency Severity Index triage algorithm version 2 is reliable and valid. Academic Emergency Medicine. 2003;10(10):1070-1080.
7. Mirhaghi A, Heydari A, Mazlom R, Hasanzadeh F. Reliability of the Emergency Severity Index: A meta-analysis. Sultan Qaboos University Medical Journal. 2015;15(1):e71-e77.
8. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. Deutsches Ärzteblatt International. 2010;107(50):892-898.

9. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, et al. Emergency department triage scales and their components: A systematic review of the scientific evidence. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine [Internet]. 2011. [cited 2026 May 1]. Available from: http://www.sjtrem.com/content/19/1/42
10. Agency for Healthcare Research and Quality. Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department care. Version 4. Implementation Handbook 2020 Edition. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
11. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
12. McTaggart R. Principles for participatory action research. Adult Education Quarterly. 1991;41(3):168-187.

ปัจจัยเชิงบูรณาการที่ส่งผลความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

Integrative factors influencing work happiness among personnel of the department of Thai traditional and alternative medicine.

(Received: May 20,2026 ; Revised: May 23,2026 ; Accepted: May 29,2026)

ศรัญญ่า เหล็กกาณกูล[1]
Saranya Lekkankoon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้าราชการและพนักงานราชการที่ปฏิบัติงานในกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 225 คน ซึ่งมีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งสถิติ Independent t-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient และ Multiple Linear Regression

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีระดับความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.53, S.D. = 0.34) โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรในแต่ละช่วงวัยมีระดับความสุขในการทำงานแตกต่างกัน ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความสามัคคีในทีม และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ขณะที่ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกและความสามัคคีในทีมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความสามัคคีในทีม และระดับรายได้ สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรได้ร้อยละ 43.9 (Adjusted R^2 = .439, $p < .001$) โดยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และความสามัคคีในทีม ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าบุคลากรที่มีรายได้ต่ำกว่า 40,000 บาท มีระดับความสุขในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 40,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความสุขในการทำงาน , ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก , ความสามัคคีในทีม , การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร , บุคลากรสาธารณสุข

Abstract

This study employed a cross-sectional survey research design to examine the level of work happiness and the factors affecting it among personnel in the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. The sample consisted of 225 government officers and government employees working in the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine who had at least six months of work experience. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics, including Independent t-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and Multiple Linear Regression.

The findings revealed that the overall level of work happiness among personnel was moderate (Mean = 3.53, S.D. = 0.34). Among personal factors, age was significantly associated with work happiness at the .05 level, reflecting differences in work happiness across different age groups. Correlation analysis showed that positive psychological capital, team cohesion, and perceived organizational support were positively associated with work happiness at a statistically significant level. Perceived organizational support demonstrated a moderate positive relationship with work happiness, whereas positive psychological capital and team cohesion showed low positive relationships. The

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

results of multiple linear regression analysis indicated that perceived organizational support, positive psychological capital, team cohesion, and income level jointly predicted 43.9% of the variance in work happiness among personnel (Adjusted R^2 = .439, $p < .001$). Perceived organizational support was the strongest predictor of work happiness, followed by positive psychological capital and team cohesion, respectively. In addition, personnel with incomes lower than 40,000 baht reported significantly lower levels of work happiness compared with those earning more than 40,000 baht.

Keywords: work happiness , positive psychological capital , team cohesion , perceived organizational support , healthcare personnel

บทนำ

รายงานความสุขในระดับโลก (World Happiness Report) ประจำปี ค.ศ. 2025 ซึ่งจัดทำโดย Wellbeing Research Centre มหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด ร่วมกับ Gallup และ UN Sustainable Development Solutions Network ได้รายงานประเด็นที่ส่งผลให้ผู้คนไม่มีความสุขและมีระดับสุขภาวะที่ลดลง ได้แก่ ความโดดเดี่ยวและการตัดขาดจากสังคม (Social Disconnection and Loneliness) แนวโน้มการรับประทานอาหารคนเดียวที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในสังคมตะวันตกซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางของสายสัมพันธ์ทางสังคม ด้านปัญหาเศรษฐกิจและสถานการณ์ชีวิตที่ยากลำบาก (Economic Hardships & Adverse Circumstances) การว่างงานเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงอย่างรุนแรง ความไม่มั่นคงทางการเงิน รวมไปถึงปัญหาสุขภาพและความไม่ปลอดภัย การตกเป็นเป้าของการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยอาชญากรรมรุนแรง ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สูญเสียความสุข ด้านโครงสร้างครอบครัวที่สร้างข้อจำกัด (Household Configurations) เช่น ครอบครัวเลี่ยงเดี่ยว มีระดับความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าครอบครัวในรูปแบบอื่น การขาดความไว้วางใจในสังคม (Lack of Social Trust) การหวาดระแวงผู้อื่นและการขาดศรัทธาในระบบประชาธิปไตยหรือสถาบันทางกฎหมายที่ล้มเหลวในการปกป้อง รวมไปถึงความสิ้นหวังขั้นสุด (Deaths of Despair) ในประเทศที่มีความขัดแย้งและความรุนแรง (Violence and Conflict) การเกิดสงคราม หรือการมีสัดส่วนประชากรผู้ลี้ภัยเป็นจำนวนมากนั้น ส่งผลต่อระดับการประเมินความสุขของประชาชนที่ต่ำที่สุด[1]

จากรายงานความสุขโลกปี 2568 แสดงให้เห็นว่าคนไทยมีระดับความสุขอยู่ในลำดับที่ 49 จาก 147 ประเทศทั่วโลก และเป็นลำดับที่ 3 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (ไม่รวมบูรไน) ประเทศไทยตามหลังสิงคโปร์และเวียดนาม และจากการศึกษาข้อมูลปี 2567 พบว่า คนไทยอายุต่ำกว่า 30 ปี เป็นกลุ่มที่มีความสุขมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มวัยกลางคนตอนปลาย (45 - 59 ปี) เป็นกลุ่มที่มีความสุขน้อยที่สุด ซึ่งแตกต่างจากประเทศอื่นในภูมิภาค โดยความกังวลและการขาดการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ[1] การเผชิญกับสภาวะความกดดันรอบด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความคาดหวังในอนาคตจนกลายเป็นอุปสรรคต่อการเติบโตอย่างมีคุณภาพ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ดำเนินนโยบายสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) ผ่านกิจกรรม Happy8 การปลูกฝังวัฒนธรรมองค์กร “I AM DTAM” และการติดตามด้วยเครื่องมือ Happinometer โดยกรมมีการตั้งเป้าหมายการมีความสุข แต่ผลการประเมินกลับสะท้อนว่าระดับความสุขของบุคลากรยังคงอยู่ในเกณฑ์เพียงปานกลาง ไม่ได้สะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวกระโดดหรือยั่งยืน คะแนนเฉลี่ยของความสุขเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จาก 62.43 ในปี 2560 เป็น 63.50 ในปี 2562 ซึ่งต่างเพียงเล็กน้อย และเมื่อเปรียบเทียบกับกรมอื่นในกระทรวงสาธารณสุข (9 กรม) พบว่า ระดับความสุขของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังอยู่ในระดับกลาง โดยจัดอยู่อันดับที่ 6 ในปี 2560 และแม้

จะขยับขึ้นมาเป็นอันดับที่ 4 ในปี 2562 ก็ยังไม่สามารถก้าวสู่กลุ่มกรมที่มีความสุขสูงสุด[3] สะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและกระบวนการบริหารบุคลากรของกรมที่ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการเชิงลึกของบุคลากรได้อย่างแท้จริง

จากข้อมูลสถิติการลาออกและการโยกย้ายหน่วยงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของข้าราชการและพนักงานราชการย้อนหลังเมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2566 – 2568) จากระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคล (HRIS) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 46 ของบุคลากรทั้งหมดภายในกรม[2] ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถสะท้อนภาพรวมขององค์กรได้อย่างชัดเจน การลาออกหรือการโยกย้ายเป็นปัญหาที่องค์กรควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีความชำนาญในการปฏิบัติงานหรือเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ซึ่งจะส่งผลกระทบและเกิดความเสียหายแก่องค์กรได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากองค์กรต้องสูญเสียงบประมาณในการสรรหาบุคลากรใหม่ อีกทั้งยังต้องฝึกอบรมบุคลากรใหม่เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อองค์กร[2,3]

ถึงแม้ว่าองค์กรจะให้ความสำคัญกับบุคลากรหรือมีนโยบายที่ดีเพียงใด แต่ทุกองค์กรย่อมประสบปัญหา ดังเช่น ปัญหาด้านนโยบายขององค์กรปัญหาด้านการลาออกหรือการโยกย้ายหน่วยงานของบุคลากร ปัญหาด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ไม่บรรลุเป้าหมายตามที่ได้รับมอบหมายหรือตามที่กำหนดไว้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจมีสาเหตุหรือปัจจัยมาจากหลายด้าน เช่น ด้านค่าตอบแทนและความยุติธรรม ด้านความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในหน้าที่การงาน ด้านการรับมือหรือการเผชิญกับปัญหาในการทำงาน และด้านอื่น ๆ[6]

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานและการคงอยู่ของบุคลากรในองค์กร มีหลักฐานงานวิจัยที่สนับสนุนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรในองค์กร ในระดับส่วนบุคคลชี้ว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Psychological Capital) ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน[4] ระดับทีม Tajfel และ Turner[5] อธิบายว่า ความสามัคคีในทีม (Team Cohesion) สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุขและในระดับองค์กร Eisenberger และคณะ[6] พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived Organizational Support: POS) มีผลต่อความสุขและความผูกพันต่อองค์กร รวมไปถึงงานวิจัยในไทย เช่น พิมพ์ใจ และคณะ[7] ยืนยันว่าความสัมพันธ์และการยอมรับมีผลต่อความสุขบุคลากรแต่ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาความเชื่อมโยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่ครบทั้ง 3 ระดับในบริบทเฉพาะของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงเป็นช่องว่างในการศึกษาเชิงบูรณาการทั้ง 3 ระดับที่กล่าวมา[4,5,6,7]

หากสามารถระบุได้ว่าปัจจัยในระดับใดมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถออกแบบนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมความสุขที่ตรงเป้าหมายมากยิ่งขึ้น เช่น ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Psychological Capital) การพัฒนาวัฒนธรรมทีมที่สร้างความสามัคคี (Team Cohesion) และมาตรการสนับสนุนจากองค์กร (Perceived Organizational Support: POS) ผลลัพธ์คือ การลดภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) ลดการลาออกหรือการโยกย้าย และเพิ่มการมีส่วนร่วมและสร้างความผูกพันต่อองค์กร (Engagement) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายด้านกำลังคนเป็นเลิศ (People Excellence Strategy)[8] และ SDG3 (Good Health and Well-being)[9] แสดงให้เห็นว่าความสุขของบุคลากร และการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในสังคม และเมื่อบุคลากรมีความสุขก็จะสามารถให้บริการแก่ประชาชน หรือเพิ่มประสิทธิภาพด้านการทำงานได้อย่างมีคุณภาพ[8,9]

ดังนั้น ปัญหาสำคัญคือยังไม่ทราบอย่างชัดเจนว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างไร การวิจัยนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ทุนจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychological) ความสามัคคีในทีม (Team Cohesion) และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (Perceived Organizational Support: POS) เพื่ออธิบายกลไกการสร้างความสุขในการทำงาน ในหลายระดับ และเพื่อสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำไปใช้วางแผนพัฒนานโยบาย Happy Organization ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับความสุขของบุคลากรในหน่วยงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ปัจจัยความสามัคคีในทีม และปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร กับความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ปัจจัยความสามัคคีในทีม และปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional study) เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรภายในกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 470 คน ได้แก่ ข้าราชการและพนักงานราชการ ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักจัดการงานทั่วไป นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักวิชาการคอมพิวเตอร์[2] เป็นต้น เพศชาย และเพศหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan[12] ได้จำนวน 212 คน และผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลอีก 20%[13] เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะเข้าร่วมในการศึกษาและตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รวมจำนวนทั้งหมดเท่ากับ 265 คน ได้รับการตอบกลับและสมบูรณ์จำนวน 225 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 84.91

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบในรูปแบบเอกสาร ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 143 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับเงินเดือน ข้อคำถามแบบเปิดโดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก เป็นแบบสอบถามที่ประเมินทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของบุคลากร ผู้วิจัยนำแบบวัดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychological Questionnaire) ของ (เปรมิศา บุญเกิด[14] และ Luthans, Youssef and Avolio)[4] เป็นต้นแบบในการพัฒนาแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)[15]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามัคคีในทีม เป็นแบบสอบถามที่ประเมินความสามัคคีในทีมของบุคลากร ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามัคคีในทีมของ (Carron, Widmeyer, และ Brawley)[16] ที่ถูกพัฒนาขึ้นในบริบทของทีมกีฬา และได้ถูกนำมาปรับใช้ในการวัดความสามัคคีในทีมขององค์กรอื่น ๆ ผู้วิจัยใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาแบบสอบถาม โดยมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)[15]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เป็นแบบสอบถามที่ประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากร (Perceived Organizational Support) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามของ (เปรมิศา บุญเกิด และเปรมจิตร์ คล้ายเพ็ชร)[17] ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ (Eisenburger et al.)[6] ประกอบไปด้วยข้อจำนวน 35 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)[15]

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความสุขในการทำงานของบุคลากร เป็นแบบประเมินระดับความสุขในการทำงานของตนเองในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญในชีวิต เป็นลักษณะคำถามวัดความรู้สึกหรือความคิดที่เป็นจริงในปัจจุบัน โดยไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถาม HAPPINOMETER ของ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)[10] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 64 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่จริง/ไม่เห็นด้วย เฉย ๆ/ปานกลาง จริง/เห็นด้วย จริงที่สุด/เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยใช้ของ ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ[18]

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended Questions) เน้นให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะ หรือประสบการณ์ได้อย่างอิสระ โดยมีประเด็นคำถามจำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รวมไปถึงความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกันของแบบสอบถาม จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence) ของแบบสอบถามจากนั้นนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.95 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดสอบ (Try out) กับบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ส่วนกลาง) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 คน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 2 ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกเท่ากับ 0.976 ส่วนที่ 3 ความสามัคคีในทีมเท่ากับ 0.899 ส่วนที่ 4 การสนับสนุนจากองค์กรเท่ากับ 0.957 ส่วนที่ 5 ความสุขในการทำงานของบุคลากรเท่ากับ 0.961

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อขอความอนุเคราะห์และ

ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบุคลากรของหน่วยงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการจัดทำแบบสอบถาม (Questionnaires) ในรูปแบบเอกสารด้วยวิธีการแจกจ่ายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากวิธีการสุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ณ สถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากการแจกจ่ายแบบสอบถาม 2 สัปดาห์

3) เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วนพร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและแปรผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม นำเสนอรูปแบบการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มกับความสุขในการทำงานของบุคลากร โดยใช้สถิติ Independent t-test และสถิติ One-way ANOVA รวมไปถึงการหาความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2025-205 รหัสโครงการ 240/2025 วันที่รับรอง 12 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.60 ช่วงอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 48 สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด/หย่า ร้อยละ 74.70 ระดับการศึกษาของบุคลากรส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.20ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 36.90 และระดับเงินเดือนบุคลากรส่วนใหญ่ มีระดับเงินเดือนระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 67.10

ระดับความสุขของบุคลากรในหน่วยงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยรวมพบว่า บุคลากรมีระดับความสุขในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 (S.D. 0.34) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละมิติ พบว่ามิติที่บุคลากรมีระดับความสุขสูงสุด ได้แก่ มิติน้ำใจดี (Happy Heart) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.84 ± 0.57) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) (3.83 ± 0.57) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรมีจิตใจที่เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความเอื้ออาทร การช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งต่อเพื่อนร่วมงานและผู้อื่นในสังคม มีความเมตตา และความมั่นคงทางจิตวิญญาณในระดับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะงานด้านการแพทย์แผนไทยที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้ มิติไฝ่รู้ดี (Happy Brain) (3.77 ± 0.67) และมิติสังคมดี (Happy Society) (3.70 ± 0.53) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีความกระตือรือร้นในการใฝ่เรียนรู้ในการพัฒนาตนเองเพื่อให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและสังคม มิติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) (3.15 ± 0.59) ซึ่งแม้จะยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่บ่งชี้ได้ว่าบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอาจมีความเครียดสะสมจากภาระงานที่มากเกินไป หรือจากภาระงานที่ไม่ตรงตามตำแหน่งงาน และยังขาด

โอกาสในการพักผ่อนหย่อนใจอย่างเพียงพอ ประกอบกับมิติสุขภาพกายดี (Happy Body) ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางอาจสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพกายและกิจกรรมนันทนาการภายในองค์กร รวมถึงนโยบายการบริหารจัดการเวลาทำงานให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (r = 0.538) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (r = 0.507) และความสามัคคีในทีม (r = 0.372)

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกพบว่า ระดับปัจจัยโดยรวมของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.06 ± 0.40) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.97± 0.51) ด้านความหวัง (Hope) อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.02 ± 0.47) ด้านการมองโลกในแง่บวก (Optimism) อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.22 ± 0.58) และด้านความยืดหยุ่น (Resilience) อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.03 ± 0.48)

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านความสามัคคีในทีมพบว่า ระดับปัจจัยภาพรวมของความสามัคคีในทีมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.82 ± 0.54) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสามัคคีด้านภารกิจ (Task Cohesion) อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.56 ± 0.60) มิติด้านความสามัคคีด้านสังคม (Social Cohesion) อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.07 ± 0.73)

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรพบว่า ระดับปัจจัยภาพรวมของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.37 ± 0.46) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านผลตอบแทนและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.85 ± 0.81) ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านความรู้ในงานและโอกาสก้าวหน้าอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.75 ± 0.64) ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านความมั่นคงในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.40 ± 0.36) ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านจิตอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.38 ± 0.66) และด้านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.48 ± 0.67)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างความสุขในการทำงาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n =225)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	T/F	p-value
เพศ	ชาย	228.89	T = -.274[A]	0.784
	หญิง	229.87		
อายุ	20 - 29 ปี	232.30	F = 3.051[B]	0.029
	30 - 39 ปี	229.59		
	40 ปีขึ้นไป	210.45		
สถานภาพ	โสด/หย่า	229.24	T = -.433[A]	0.082
	สมรส	230.77		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าระดับปริญญาตรี	228.46	T = -1.452[A]	0.080
	มากกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป	233.83		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	231.67	F = 0.518[B]	0.596
	ระหว่าง 5 – 10 ปี	228.50		

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างความสุขในการทำงาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n =225)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	T/F	p-value
	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	228.33		
ระดับเงินเดือน	ต่ำกว่า 10,000 บาท	-	F = 1.564[B]	0.199
	10,000 – 20,000 บาท	230.76		
	20,001 – 30,000 บาท	229.35		
	30,001 – 40,000 บาท	224.78		
	40,000 บาทขึ้นไป	239.52		

* p < .05

A. วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test รายงานค่า T value

B. วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA รายงานค่า F value

ผลการเปรียบเทียบความสุขในการทำงานของบุคลากรจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ด้านเพศ เพศชายและเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (T = -.274, p = 0.784) ด้านอายุของบุคลากรพบว่า มีความความสุขในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 3.051, p = .029) ด้านสถานภาพ พบว่า สถานภาพโสด/หย่า และสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อระดับความสุขในการทำงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (T = -.433, p = .082) ด้านระดับการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่าระดับปริญญาตรี และมากกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (T = -1.452, p = 0.080) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า ความความสุขในการทำงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 2.107, p = .148) และด้านระดับเงินเดือนพบว่า ระดับเงินเดือนที่แตกต่างกัน ระดับความสุขในการทำงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 2.107, p = .199)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความสามัคคีในทีม การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร กับความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวแปร	(1)	(2)	(3)
(1) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก	1.00		
(2) ความสามัคคีในทีม	.297**	1.00	
(3) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ	.342**	.352**	1.00
(4) ความสุขในการทำงาน	.507**	.372**	.538**

*p-value < 0.05

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความสามัคคีในทีม และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร กับความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	p-value
ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก	0.92	0.16	.323	5.80	.000*
ความสามัคคีในทีม	0.57	0.20	.162	2.84	.005*
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	0.56	0.09	.384	6.57	.000*
เพศหญิง (เทียบกับเพศชาย)	0.26	2.77	.005	0.09	.927
ประสบการณ์ทำงาน ≤ 5 ปี (เทียบกับประสบการณ์มากกว่า 10ปี)	6.90	4.29	.145	1.61	.109
ประสบการณ์ทำงาน 5–10 ปี (เทียบกับประสบการณ์มากกว่า 10ปี)	6.90	3.54	.145	1.95	.053
รายได้ 10,000–20,000 บาท (เทียบกับรายได้มากกว่า 40,000 บาท)	-15.72	6.60	-.215	-2.38	.018*
รายได้ 20,001–30,000 บาท (เทียบกับรายได้มากกว่า 40,000 บาท)	-11.21	5.34	-.230	-2.10	.037*
รายได้ 30,001–40,000 บาท (เทียบกับรายได้มากกว่า 40,000 บาท)	-10.99	5.37	-.167	-2.05	.042*
สถานภาพสมรส	5.54	2.87	.105	1.93	.055
อายุ	-4.43	3.50	-.085	-1.27	.206
ระดับการศึกษา	3.90	3.09	.070	1.27	.207

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) โดยใช้เทคนิคการนำเข้าวิธี (Enter) พบว่า โมเดลมีความเหมาะสมสามารถทำนายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกความสามัคคีในทีม การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร กับความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (F = 20.262 , p = 0.001) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นพหุเท่ากับ .459 (R2 = .459) และสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ร้อยละ 43.6 (R2Adj = .436) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเสนพหุของตัวพยากรณ์ พบว่า ปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความสามัคคีในทีม และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรส่งผลในทางบวกต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (b = .937 , p = .000) ความสามัคคีในทีม (b = .562 , p = .005) และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (b = .551 ,p = .000) ตามลำดับ

ดังนั้น ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ดีที่สุด คือ ปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (\beta = .378 , p = .000) รองลงมาคือ ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (β = .328 , p = .000) และความสามัคคีในทีม (β = .160 , p = .000) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบความสุขในการทำงานจำแนกตามเพศพบว่า บุคลากรเพศชายและเพศหญิงมีระดับความสุขในการทำงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 0.105, p = 0.784) กล่าวคือ ทั้งสองเพศมีค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุของบุคลากรมีผลต่อระดับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 3.051, p = .029) เมื่อทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 3 คู่ ได้แก่ บุคลากรที่มีอายุ 20 – 29 ปี มีความสุขในการทำงานสูงกว่ากลุ่มอายุ 40 – 49 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .04, 95% CI = 0.37 ถึง 17.74) นอกจากนี้ บุคลากรที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความสุขในการทำงานสูงกว่ากลุ่มอายุ 30 – 39 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .04, 95% CI = 0.53 ถึง 30.08) และสูงกว่ากลุ่มอายุ 40 – 49 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .01, 95% CI = 6.11 ถึง 37.19) ขณะที่คู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านสถานภาพพบว่า สถานภาพโสด/หย่า และสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 3.051, p = .082) ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่าระดับปริญญาตรี และมากกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 3.103, p = 0.080) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร ความสุขในการทำงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 2.107, p = .148) ระดับเงินเดือนที่แตกต่างกันมีระดับความสุขในการทำงานไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 2.107, p = .199)

จากการพิจารณารายมิติของความสุขในการทำงานของบุคลากร พบว่ามิติที่บุคลากรมีระดับความสุขสูงสุด ได้แก่ มิติน้ำใจดี (Happy Heart) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.84 ± 0.57) อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) (3.83 ± 0.57) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรมีจิตใจที่เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความเอื้ออาทร การช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งต่อเพื่อนร่วมงานและผู้อื่นในสังคม มีความเมตตา และความมั่นคงทางจิตวิญญาณในระดับที่ดี นอกจากนี้ มิติไฝ่รู้ดี (Happy Brain) (3.77 ± 0.67) และมิติสังคมดี (Happy Society) (3.70 ± 0.53) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีความกระตือรือร้นในการใฝ่เรียนรู้ในการพัฒนาตนเองเพื่อให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ โดยพบว่าบุคลากรช่วงวัยกลางคน โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 40–49 ปี มีระดับความสุขในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มอายุ 20–29 ปี และกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งกลุ่มอายุ 30–39 ปี มีความสุขในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นลักษณะเฉพาะของช่วงวัยทำงานตอนกลางที่บุคลากรมักเผชิญบทบาทและความรับผิดชอบหลายด้านพร้อมกัน ทั้งภาระงานในองค์กร ความคาดหวังด้านความก้าวหน้าในสายอาชีพ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ตลอดจนแรงกดดันทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดและลดระดับความสุขในการทำงานได้มากกว่าช่วงวัยอื่น ทั้งนี้ บุคลากรในช่วงอายุ 40–49 ปี มักอยู่ในตำแหน่งที่มีภาระหน้าที่สูงขึ้น ต้องรับผิดชอบงานด้านบริหาร การตัดสินใจ หรือการประสานงานที่ซับซ้อนมากขึ้น ขณะเดียวกันยังอาจต้องเผชิญภาระในชีวิตส่วนตัว เช่น การดูแลบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว (work–life imbalance) ซึ่งอาจลดความสุขในการทำงานได้ นอกจากนี้ บุคลากรในช่วงวัยดังกล่าวอาจมีความคาดหวังต่อความก้าวหน้า ความมั่นคง หรือการได้รับการยอมรับจากองค์กรสูงขึ้น เมื่อองค์กรไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังดังกล่าวได้อย่างเพียงพอ อาจส่งผลต่อระดับความพึงพอใจและความสุขในการทำงานผลการศึกษาครั้งนี้จึง

สะท้อนให้เห็นว่า อายุและช่วงวัยทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจเกี่ยวข้องกับระดับความสุขในการทำงานของบุคลากร องค์กรจึงควรให้ความสำคัญกับการออกแบบสภาพแวดล้อมและระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละช่วงวัย โดยเฉพาะบุคลากรวัยกลางคนที่อาจเผชิญแรงกดดันหลายด้าน เช่น การจัดสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน การสนับสนุนด้านสุขภาวะจิตใจ การลดภาระงานที่เกินความจำเป็น และการสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในระยะยาว

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกกับความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .507$, $p < .000$) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้มีทิศทางสอดคล้องกับงานวิจัยของดวงดาว ชัยต้นเทือก[19] ที่ศึกษาความ สัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกพบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกความผูกพันกับองค์การ และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ส่งผลให้พนักงานมีความสุขในการทำงาน และในเชิงทฤษฎี ความสัมพันธ์ที่พบสามารถอธิบายได้แนวคิดของ ลูธานส์, โยเซฟ และอโวลิโอ (Luthans, Yousef & Avolio)[4] อธิบายไว้ว่าความสุขในการทำงานไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่ยังมาจากคุณสมบัติเชิงบวกจากภายในตัวบุคคลที่สามารถพัฒนาได้กล่าวคือ บุคลากรที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความยืดหยุ่นทางจิตใจจะมีกลไกในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญในงานได้ดี และมีโอกาสก้าวหน้าด้านจิตอารมณ์และด้านการปฏิบัติงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสามัคคีในทีมกับความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า ความสามัคคีในทีม มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานน้อยกว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร แต่ยังคงส่งผลเชิงบวกต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .372$, $p < .000$) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้มีทิศทางสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sobia Shujaat, Amir Manzoor, & Nadeem A. Syed[20] พบว่าการทำงานเป็นทีมมีผลกระทบเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจของพนักงานในเชิงทฤษฎี ความสัมพันธ์ที่พบสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีเอกลักษณ์ทางสังคมของพฤติกรรมระหว่างกลุ่ม (The Social Identity Theory of Intergroup Behavior)[5] กล่าวคือ แรงสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานนั้น เป็นความสามัคคีในทีม ที่ทำหน้าที่เป็นตัวประสานให้บรรยากาศในการทำงานมีความราบรื่นและช่วยลดความขัดแย้งในการทำงาน เมื่อใดที่บุคลากรรู้สึกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการขับเคลื่อนงาน จะส่งผลให้เกิดความสุขจากการทำงานร่วมกันซึ่งเป็นรากฐานสำคัญขององค์กรที่ทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษานี้อยู่ในทิศทางที่สอดคล้องกับทฤษฎีดังกล่าว[5,20]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived Organizational Support: POS) กับความสุขในการทำงานของบุคลากร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .538$, $p < .000$) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้มีทิศทางสอดคล้องกับงานวิจัยของและมาลีณี เทียมพัฒน์[21] ที่ศึกษาระดับความสุขในการทำงานและปัจจัยระดับองค์การ พบว่าปัจจัยระดับองค์การมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานมากที่สุด รวมไปถึงเปรมิศา บุญเกิด[17] ที่ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การและความตั้งใจในการลาออก พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีระดับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และในเชิงทฤษฎี

ความสัมพันธ์ที่พบ สามารถอธิบายได้ในทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory)[22] ทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับองค์การในแง่ของการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสุขในการทำงาน และความผูกพันในองค์กร กล่าวคือ เมื่อบุคลากรรับรู้ถึงการที่กรมให้ความสำคัญแก่ผู้ปฏิบัติงาน เช่น ด้านสวัสดิการ การใส่ใจและเห็นคุณค่าในความพยายามของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรเกิดพันธะทางจิตใจในการตอบแทนองค์กรผ่านทัศนคติเชิงบวกและความสุขในการทำงานที่เพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และความสามัคคีในทีม โดยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานมากที่สุด รองลงมาคือ ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และความสามัคคีในทีม ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยด้านรายได้มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีรายได้ต่ำกว่า 40,000 บาท มีระดับความสุขในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 40,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรได้ร้อยละ 43.9 (Adjusted R^2 = .439) ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยด้านองค์กร ด้านจิตวิทยา และด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน มีบทบาทสำคัญต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายด้านองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมและรักษาระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรภายในหน่วยงาน

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า “การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร” เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานมากที่สุด หน่วยงานจึงควรกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการดูแลและสนับสนุนบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรับฟังความคิดเห็น การสร้างระบบสวัสดิการและการดูแลด้านสุขภาวะที่เหมาะสม รวมถึงการสร้างบรรยากาศองค์กรที่บุคลากรรู้สึกได้รับคุณค่าและการยอมรับจากองค์กร

3. การบริหารภาระงานอย่างเป็นธรรม หน่วยงานควรกำหนดนโยบายการทบทวนและจัดสรรภาระงานของบุคลากรให้สอดคล้องกับตำแหน่ง สมรรถนะ และช่วงวัยของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรวัยทำงานตอนกลาง ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีระดับความสุขในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น ทั้งนี้ควรมีการประเมินปริมาณงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความตึงเครียดและป้องกันภาวะภาระงานเกิน

4. จากผลการศึกษาที่พบว่าบุคลากรที่มีรายได้ต่ำกว่า 40,000 บาท มีระดับความสุขในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มรายได้สูงกว่า หน่วยงานควรพิจารณาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากร เช่น สวัสดิการเพิ่มเติม การสนับสนุนค่าครองชีพ หรือมาตรการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อช่วยลด
แรงกดดันด้านเศรษฐกิจและส่งเสริมความสุขในการทำงานของบุคลากร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. จากผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานพบว่า ปัจจัยทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความสามัคคีในทีม และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากร ได้ร้อยละ 43.6 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน โดยในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปร เช่น ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (Work-Life Balance) ในการศึกษาวิจัยครั้งถัดไป

2. ควรเพิ่มการวิเคราะห์การเปรียบเทียบระหว่างสายงานหลักและสายงานสนับสนุน เพื่อศึกษาการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรว่าแตกต่างกันหรือไม่ ตามข้อเสนอแนะที่พบในข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี จนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2568: เกิดน้อยกู้ไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
2. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ข้อมูลบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
3. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานผลการศึกษา เรื่อง องค์กรสร้างสุข กรณีศึกษา กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. [รายงานผลการศึกษา]. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข; 2563: หน้า 18 – 38.
4. Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. Personnel Psychology, 60(3), 541–572.
5. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of intergroup behavior. In: Worchel S, Austin WG, editors. Psychology of intergroup relations. Chicago (IL): Nelson-Hall; 1986. p. 7–24.
6. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: A review of the literature. J Appl Psychol. 2002 Aug;87(4):698–714.
7. พิมพ์ใจ และคณะ. ความสุขในการทำงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (รายงานการวิจัย). นครปฐม: กองนโยบายและแผน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2562.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ยุทธศาสตร์นโยบายและแผนงาน. [อินเทอร์เน็ต]: [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2568]. เข้าถึงจาก https://www.dtam.moph.go.th/dtam-action-plan/
9. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG Move). SDG 101: เจาะลึกเป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: SDG Move; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/2021/04/23/sdg-101-sdg3-good-health-and-well-being/
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต]: [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2568]. เข้าถึงจาก https://spd.moph.go.th/20-year- national-strategy-public-health/
11. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ผลการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และผลการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
13. Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3rd ed.). John Wiley & Sons.
14. เปรมิศา บุญเกิด. ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การและความตั้งใจในการลาออก โดยมีความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรสื่อใน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์คัดสรรแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
15. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. 1932;22(140):1-55.
16. Carron AV, Brawley LR, Widmeyer WN. The measurement of group cohesion in sport. In: Duda JL, editor. Advances in sport and exercise psychology measurement. Morgantown (WV): Fitness Information Technology; 1998. p. 213–26.

17. เปรมิศา บุญเกิด, เปรมจิตร์ คล้ายเพ็ชร. อิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและการรับรู้ความยุติธรรมในองค์กรที่มีต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร โดยมีความผูกพันต่อองค์กรเป็นตัวแปรส่งผ่าน ของพนักงานสายสนับสนุนวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2565;6(2):220-33.
18. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2555). ตัวชี้วัดความสุข: แฮปปิโนมิเตอร์ (Happinometer). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
19. ดวงดาว ชัยต้นเทือก. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงาน ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความผูกพันกับองค์การและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพนักงานโรงงานผลิตอุตสาหกรรมยานยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
20. Shujaat S, Manzoor A, Syed NA. Impact of team work on employee satisfaction. IBT Journal of Business Studies. 2014;10(2):71-80.
21. มาลิณี เทียมพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในสำนักงานเขตทวีวัฒนา [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
22. Blau PM. Exchange and power in social life. New York: John Wiley & Sons; 1964.
23. Lewin K. Forces behind food habits and methods of change. Bull Natl Res Counc. 1943;108:35–65.
24. Katzenbach JR, Smith DK. The wisdom of teams: Creating the high-performance organization. Boston (MA): Harvard Business School Press; 1993.
25. Marks MA, Mathieu JE, Zaccaro SJ. A temporally based framework and taxonomy of team processes. Acad Manage Rev. 2001;26(3):356–76.
26. Goodman PS, Ravlin E, Schminke M. Group development and group effectiveness: Toward an integrative framework. In: Staw BM, Cummings LL, editors. Research in organizational behavior. Vol 9. Greenwich (CT): JAI Press; 1987. p. 121–73.
27. Carron AV, Widmeyer WN, Brawley LR. The development of an instrument to assess cohesion in sport teams: The Group Environment Questionnaire. J Sport Psychol. 1985;7(3):244–66.
28. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of intergroup behavior. In: Worchel S, Austin WG, editors. Psychology of intergroup relations. Chicago (IL): Nelson-Hall; 1986. p. 7–24.
29. Lencioni P. The five dysfunctions of a team: A leadership fable. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2002.
30. Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychol Inq. 2000;11(4):227–68.
31. Emerson RM. Social exchange theory. In: Rosenberg M, Turner RH, editors. Social psychology: Sociological perspectives. New York (NY): Basic Books; 1981. p. 30–65.
32. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. J Happiness Stud. 2002;3(1):71–92.
33. Best, J. W. (1981) Research in Education. (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
34. Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). Applied statistics for the behavioral sciences (5th ed.). Houghton Mifflin.
35. Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve JE, Aknin LB, Wang S, editors. World Happiness Report 2025. Oxford: University of Oxford, Wellbeing Research Centre; 2025.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะHypoglycemia ที่เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Effect of health literacy promotion program on self-care behavior of type 2 diabetes mellitus patients with hypoglycemia admitted to Kong Krailat Hospital, Kong Krailat District, Sukhothai Province.

(Received: May 21,2026 ; Revised: May 24,2026 ; Accepted: May 29,2026)

นงค์นุช บุณยมณี[1] วาสนา บุณยมณี[2]
Nongnuch Boonyamanee[1] Wasana Boonyamanee[2]

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะ Hypoglycemia ที่เข้ารับการรักษานอน ในโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะ Hypoglycemia ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกงไกรลาศ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Pearson

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .464, p = .010) โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (r = .413, p = .023) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ (r = .443, p = .014) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะHypoglycemia

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health literacy enhancement program on the self-care behaviors of patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) experiencing hypoglycemia. The sample consisted of 30 patients aged 15 years and older who were admitted with hypoglycemia at the inpatient department of Kong Krailat Hospital. Data were collected using questionnaires covering General information , health literacy scale self-care behavior assessment for diabetic patients.Instruments demonstrated Data analysis was performed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), Paired t-test, and Pearson's correlation coefficient.

Results revealed that After participating in the health literacy enhancement program, the mean score for self-care behaviors was significantly higher than before the intervention at a statistical level of .001. Overall health literacy showed a significant positive correlation with self-care behaviors at the .01 level ($r = .464, p = .010$). Specifically, access to health information and services ($r = .413, p = .023$) and media literacy ($r = .443, p = .014$) were significantly and positively correlated with self-care behaviors at the .05 level.

Keywords: Health Literacy, Self-care Behaviors, Type 2 Diabetes Mellitus, Hypoglycemia

---

[1] พยาบาลวิชาชีพ

[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ Corresponding Author: wasana boonyamanee E-mail address: wasana49@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้น เรื่อย ๆ สถานการณ์ของโรคเบาหวานจากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี ค.ศ.2021 พบว่ามีประชากร 537 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 (พ.ศ. 2588) ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 และพบว่าโรคเบาหวานใน ปี พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็น 1,010.15, 1,125.90และ 1,205.76 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 23.77, 23.34และ 25.92 ต่อ ประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ ในเกณฑ์กำหนดมีเพียงร้อยละ 36.5[1] นอกจากนี้ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2561 ยังพบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน รวม 3 ล้านคนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 47,596 ล้านบาทต่อปี [2]และพบว่า โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน เป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดเล็ก ๆ ส่วนที่เป็นตัวกรองของเสียในไต และเมื่อเป็นมากก็จะเกิดโรคไตวายเรื้อรังในที่สุด โดยสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุด พบได้ประมาณร้อยละ 30 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และประมาณร้อยละ 10 – 40 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[3] ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทยและทั่วโลก ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหากดูแลไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้[4] หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่มีความรุนแรงคือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการอย่างทันท่วงที อาจทำให้ผู้ป่วยหมดสติ ชัก หรือถึงขั้นเสียชีวิตได้[3]

อำเภอกงไกรลาศ ปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน 2,125 คน ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ38.72 จากการให้บริการพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล การปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้องได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การรับประทานยาและฉีดยาอินซูลิน ไม่ถูกต้อง ครบถ้วนไม่สม่ำเสมอ การรักษาไม่ต่อเนื่องขาดนัด ขาดการออกกำลังกาย[5] การให้คำแนะนำให้ความรู้ของผู้ให้บริการในการดูแลตนเองรูปแบบเดิมยังส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยและเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน เป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดเล็ก ๆ ส่วนที่เป็นตัวกรองของเสียในไต และเมื่อเป็นมากก็จะเกิดโรคไตวายเรื้อรังในที่สุด [6] จากข้อมูลรายงานคลินิกไตวายเรื้อรังปี 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมระยะที่ 3-4 จำนวน 152 , 251, และ 261 ครั้ง ตามลำดับ และจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย[5]พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลกงไกรลาศ ในปี พ.ศ.2566, พ.ศ.2567 และ พ.ศ.2568 คือ 165, 222, และ 376 ครั้ง ส่งไป

รักษาต่อที่ โรงพยาบาลแม่ขาย จำนวน 16, 15, และ 20 ครั้ง ร้อยละ 9.69, 6.75, และ 5.31 ครั้ง เสียชีวิตจำนวน 1 , 3, และ5 ร้อยละ 0.60 , 1.35, และ 1.36 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีโรคร่วมและซับซ้อน แพทย์ให้การรักษาแบบประคับประครอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจำนวน 65 , 56 , และ 109 ครั้ง ร้อยละ 39.39, 25.22,และ 28.98 ครั้ง พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 28, 29 และ 73 ครั้ง ร้อยละ 43.07 ,57.78 , และ 66.97 ครั้ง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.57 ครั้ง อายุอยู่ในช่วง70ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.97 ปี มีอายุเฉลี่ย 61 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีระดับความรุนแรงของอาการในระดับน้อยจำนวน 9, 8, และ 12 ครั้ง ร้อยละ32.14 ,27.56 ,และ16.43 ครั้ง ระดับความรุนแรงของอาการในระดับปานกลาง 7, 5, และ 16 ครั้ง ร้อยละ25 ,17.24 ,และ 21.91 ครั้ง และระดับความรุนแรงของอาการในระดับมาก12 , 16 , และ45 ครั้ง ร้อยละ42.85 ,55.17 ,และ61.64 ครั้ง อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยแรกรับที่เข้ารับการรักษาไม่รู้สึกตัว Comaจำนวน 19 , 20, และ52 ครั้ง ร้อยละ11.51, 68.94, และ71.23 ครั้ง และแรกรับรู้สึกตัว จำนวน 9 , 9 , และ 21 ครั้ง ร้อยละ32.14 , 31.03, และ 28.76 ครั้ง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.84 วัน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยประมาณ 3,886.05 บาทต่อราย สาเหตุของภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Hypoglycemia ที่พบมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ได้ ร้อยละ 78.46 รองลงมาคือ ติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น Diarrhea , UTI, Infection wound , และ Pneumonia ร้อยละ 9.23 การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหาร ร้อยละ 7.69 และการใช้ยา/ฉีดอินซูลินเกินขนาด ร้อยละ4.61 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำนวน 20, 19, และ 53 ครั้ง ร้อยละ71.42, 65.51, และ 72.60 ครั้ง ผู้ป่วยไม่มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำนวน 8, 10, และ 20 ครั้ง ร้อยละ28.57, 34.48, และ 27.39 ครั้ง และกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 6, 12, และ 5 ครั้ง ร้อยละ 21.42, 41.37 และ 6.84 ครั้งตามลำดับ[7] จากข้อมูลแสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังจากได้รับการรักษา

ผู้วิจัยสนใจในความสำคัญดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน แนวทางการป้องกัน และการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้และการเรียนรู้ การจัดทำ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia ซ้ำ และลดอัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอกงไกรลาศได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและนำมาสู่การศึกษาการจัดทำ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia ซ้ำ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน28วัน ในโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

4.เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลกงไกรลาส อำเภอกงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณ ขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power 3.1 กำหนดอำนาจทดสอบ ()=.80 ความเชื่อ มั่น (α)= .05 และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .6010 ได้ขนาด กลุ่มตัวอย่าง 19 คน แต่การวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึง ใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ตาม เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะ Hypoglycemia ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกงไกรลาศ 2) อ่านออกเขียนได้และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยมีเกณฑ์การคัดออกคือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2569

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1.แบบสอบถามตรวจสอบรายการ (Check Lists) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สุขภาพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลัก ค่าระดับน้ำตาล โรคประจำตัวนอกจากโรคเบาหวานชนิดที่2

ตอนที่ 2.แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน: 0 =น้อยมาก 1= น้อย 2=ปานกลาง 3=มาก 4=มากที่สุด คะแนนรวม 80 คะแนน แปลผลโดยใช้ คะแนนรวมมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ[8]

คะแนน 0-20 = ต่ำ
คะแนน 21-39 =ปานกลาง
คะแนน 40-59 = สูง
คะแนน 60-80 = สูงมาก

ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน ให้คะแนนความถี่ 0=ไม่เคย 1= นาน ๆ ครั้ง 2=บางครั้ง 3=บ่อยครั้ง 4=ทุกวัน รวมคะแนน 60 คะแนน แปลผลโดยใช้ คะแนนรวมมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ[8]

คะแนน 0-15 = ต่ำ
คะแนน 16-30 =ปานกลาง
คะแนน 31-45 = ดี
คะแนน 46-60 = ดีมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะ Hypoglycemia เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับคือ

พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน
พึงพอใจมาก 4 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน
พึงพอใจน้อย 2 คะแนน

พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของจอห์น ดับเบิ้ลยู เบสท์[9]

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักโภชนาการ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยพบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าแอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha reliability) 0.82 และ0.81

ขั้นตอนของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ก่อนเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคย และชี้แจงแนวทางการเรียนรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งใช้กลุ่มเดิมตลอดการดำเนินกิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ความรู้พื้นฐานเบาหวานและการประเมินตนเอง วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อน และ เป้าหมายระดับน้ำตาล ที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ทดลองอ่านฉลากยา แผ่นพับการตรวจน้ำตาล และบันทึกผลน้ำตาลในเลือด เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วย เข้าใจความหมายของตัวเลข เช่น ค่าน้ำตาลก่อนอาหาร หลังอาหาร ค่าน้ำตาลต่ำ และทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำ หรือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วย ประเมิน จุดอ่อนและจุดที่ต้องปรับปรุงของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 ความรู้และทักษะเฉพาะการป้องกันและแก้ไขและจัดการภาวะน้ำตาลต่ำ วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนภัยและสามารถปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขได้อย่างถูกวิธี โดยสาธิตและใช้ภาพประกอบเกี่ยวกับ อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก มือสั่น หน้ามืด และถามคำถามเจาะจงถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ การแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำด้วย ลูกอมเปลือกแข็ง 3 เม็ด หรือลูกอมเปลือกอ่อน 6 เม็ด น้ำหวาน 15 กรัม ให้ผู้ป่วย คำนวณ ปริมาณ อาหารที่ต้องรับประทานจริง จัดสถานการณ์จำลอง เช่น ตื่นนอนตอนเช้าแล้วมีอาการใจสั่นโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติฝึกปฏิบัติตาม ขั้นตอน การวัดน้ำตาล การแก้ภาวะน้ำตาลต่ำ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การจัดการอาหารและการใช้ยาเพื่อคุมระดับน้ำตาล วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนับปริมาณอาหารและคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสม, สอนการปรับอาหารเมื่อต้องออกกำลังกาย หรือเมื่อมื้ออาหารเลื่อน สอนการอ่าน ฉลากโภชนาการ (Food Labels) ที่อาจซ่อนน้ำตาล ทบทวนชื่อยา ขนาดยา และการฉีดอินซูลิน (ถ้ามี) โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างยาและเวลาอาหาร เพื่อป้องกันน้ำตาลต่ำ

กิจกรรมครั้งที่ 4 วางแผนการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ทบทวน สิ่งที่เรียนรู้ทั้งหมด และตอบได้ว่าอะไร คือ ความเสี่ยงที่สุดของตนเอง เช่น ลืมรับประทานอาหาร ออกกำลังกายหนักไป และจะ แก้ไข อย่างไร ทราบช่องทางติดต่อฉุกเฉินเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลกงไกรลาศ หรือเบอร์พยาบาลที่ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึง บริการได้ทันที ที่สงสัยว่ามีภาวะ

น้ำตาลต่ำ หรือมีคำถามให้ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันเขียนแผนการดูแลตนเอง 3- 5 ข้อที่จะปฏิบัติที่บ้าน เช่น จะพกขนมปังติดตัวเสมอ จะวัดน้ำตาลก่อนออกกำลังกาย เพื่อสร้างความมุ่งมั่นในการ นำไปใช้ อย่างต่อเนื่อง และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกครั้ง เพื่อวัดผลลัพธ์ของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการทดสอบเปรียบเทียบPaired t-test เนื่องจากข้อมูลเป็นปกติกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 95%

3. วิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยสถิติ Pearson

4. วิเคราะห์ข้อมูล ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ UPHO REC No 7/2569 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 อายุเฉลี่ย 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 40 สุขภาพโดยรวมร่างกายแข็งแรง ร้อยละ 73.30 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 มีลูกหลานเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 46.70 มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.70

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มทดลองก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภาวะ Hypoglycemia พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.70, S.D. = 0.40) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -16.243, p < .001) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Self-care Behavior) กลุ่มทดลองก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภาวะ Hypoglycemia พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.03, S.D. = 0.41) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.30) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -16.243, p < .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ Hypoglycemia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ Hypoglycemia พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .464, p = .010) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (r = .413, p = .023) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ (r = .443, p = .014) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภาวะ Hypoglycemia

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.23, SD = 0.30) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ และด้านความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงถึงความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อบุคลากรผู้ให้บริการ ทั้งในด้านความสุภาพ มนุษยสัมพันธ์ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ ตลอดจนความเหมาะสมของการสนับสนุนค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ Hypoglycemia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะHypoglycemia ที่เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน ดังนี้

ผลของโปรแกรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง การที่คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการจัดการตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีการศึกษาระดับประถมศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[10] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจและควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ผลการวิจัยที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การดูแลตนเอง (r = .464) สอดคล้องกับ การดำเนินงานของกองสุขศึกษา[8] ที่พบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีความรอบรู้น้อยกว่า โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อซึ่งส่งผลต่อการจัดการภาวะน้ำตาลต่ำ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าภาพรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจะดีขึ้น แต่พบว่าการ บันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดทุกวัน ยังมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดด้านสายตาหรือทักษะการใช้อุปกรณ์บันทึก สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชัย และคณะ[11]ที่พบว่าอุปสรรคสำคัญของการจัดการเบาหวานในผู้สูงอายุคือทักษะการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีและการบันทึกข้อมูลที่ซับซ้อน

สรุปผลการวิจัยพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เช่นเดียวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .464) ความพึงพอใจโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ Hypoglycemia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพควรมุ่งเน้นทั้งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางครอบครัว สังคม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน[12]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาสื่อการสอนให้เหมาะสม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ควรใช้สื่อที่เป็นภาพประกอบชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายแทนการใช้เอกสารตัวอักษรจำนวนมาก

2. ควรส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมการบันทึกระดับน้ำตาลที่ยังทำได้น้อย

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาทักษะ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างในสถานบริการในชุมชนได้โดยประยุกต์ให้เข้ากับลักษณะ และบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนออกแบบกิจกรรม และเนื้อหาการเรียนรู้ที่ต้องการ และให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินผลพฤติกรรมของตนเองและของเพื่อน

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมที่มีผลต่อพฤติกรรมรายด้านเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงโปรแกรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย

3. ในระยะยาว ควรมีการศึกษาถึงความคงอยู่ของพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างหลังจบโปรแกรมไปแล้ว 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุรศักดิ์ เจริญคุณ.(2568). ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2อำเภอภูเวียงจังหวัดขอนแก่น.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.[อินเตอร์เน็ต]2568 [สืบค้นเมื่อ16ธ.ค. 68]*9*(2),830–835.สืบค้นจาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2570
2. เนตรนภา บุญธนาพิศาน.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยนเรศวร 2564.
3. บุญญธิดา ยาอินทร์.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสงจังหวัดนครสวรรค์.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช.2565;7(1):22-35.เข้าถึงจาก: https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/9882
4. สีสัน ชูสง่า และ ธณกร ปัญญาใสโสภณ.(2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปักธงชัย.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. [อินเตอร์เน็ต]2564 [สืบค้นเมื่อ20 ธ.ค.68];6(3):519.เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/255309
5. โรงพยาบาลกงไกรลาศ.(2568). รายงานผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลกงไกรลาศ.ในรายงานประจำปี โรงพยาบาลกงไกรลาศ 2568
6. วาสิฏฐี ศิริชัยและ สถาพร มุ่งทวีพงษา.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร.ยโสธรเวชสาร.[อินเตอร์เน็ต]2567[สืบค้นเมื่อ27ธ.ค.68];26(3):87-102.เข้าถึงจาก: https://he01.tcithaijo.org/index.php/scnet/article/download/247805/168878/912331
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2568). รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย 2568. สุโขทัย: กำไรซีร็อกซ์. 2568
8. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2559). การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์ 2559
9. Best JW.(1977). *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
10. 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 Intion 2000;15(3):259-267.
11. วิชัย เอกพลากร.(2567). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจ ร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2567
12. วาสนา บุณยมณี และคณะ.(2569).ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคุ้งตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์.วารสารสังคมพัฒนศาสตร์, 9(4), 126–135. สืบค้น จาก https://so07.tci-thaijo.org/index.php/JSSD/article/view/10649

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

Development of an Oral Health Literacy Promotion Model for Caregivers of Dependent Older Adults in Sisaket Province.

(Received: May 22,2026 ; Revised: May 24,2026 ; Accepted: May 27,2026)

กุลชาติ วัฒนวงศ์ เวฬุวนารักษ์[1] อารี บุตรสอน[2] พุทธิไกร ประมวล[3]
Kunlachart Wattanavong Valuvanaluk[1] Aree Butsorn[2] Putthikrai Pramual[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ และประเมินแนวโน้มผลลัพธ์เบื้องต้นจากการทดลองนำร่องรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การศึกษาใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ภายใต้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้บริหารด้านสุขภาพ ทันตแพทย์ บุคลากรทันตสาธารณสุข พยาบาล ผู้จัดการดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์จำนวน 23 คน และผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบจำนวน 69 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกการสังเกต และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบประเด็นและการสังเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดศรีสะเกษยังไม่ได้รับความสำคัญอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว ทั้งที่สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการบดเคี้ยว ภาวะโภชนาการ ความสุขสบาย และคุณภาพชีวิต ข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลขาดทักษะเชิงปฏิบัติและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากในสถานการณ์ซับซ้อน การขาดสื่อและเครื่องมือที่เหมาะสม การบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าสู่แผนการดูแลรายบุคคลยังไม่ชัดเจน ผลการทดลองนำร่องในผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 30 คน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรทุกด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 5.07 เป็น 6.67 คะแนน ทัศนคติด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 3.51 เป็น 3.92 การรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 2.07 เป็น 2.21 การรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นจาก 2.35 เป็น 2.50 การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจาก 2.18 เป็น 2.45 แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจาก 2.02 เป็น 2.25 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 1.98 เป็น 2.27

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, ผู้ช่วยเหลือดูแล, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study aimed to develop an oral health literacy promotion model for caregivers of dependent older adults in Sisaket Province, Thailand, and to evaluate the preliminary feasibility outcomes of the developed model through a pilot implementation. The study employed a participatory action research approach based on the conceptual framework of Kemmis and McTaggart, consisting of planning, action, observation, and reflection. The study was conducted over a 12 week period. Stakeholders were purposively selected and included health administrators, dentists, dental public health personnel, nurses, care managers, caregivers, village health volunteers, family representatives, local administrative organization personnel, and community leaders. Twenty-three key informants participated in in-depth interviews, while

[1] วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

69 stakeholders participated in the model development process. Research instruments included semi-structured interview guides, focus group discussion guidelines, workshop records, observation forms, and field notes. Qualitative data were analyzed using thematic content analysis and descriptive synthesis.

The findings revealed that oral health problems among dependent older adults in Sisaket Province had not received sufficient attention within the long-term care system, despite the important relationship between oral health and mastication, nutritional status, comfort, human dignity, and quality of life. Major limitations included caregivers' lack of practical skills and confidence in providing oral care in complex situations, the absence of appropriate educational media and support tools, inadequate integration of oral health into individualized care plans, discontinuity of referral and follow-up systems, and insufficient family participation. The pilot implementation among 30 caregivers demonstrated that the mean scores of all outcome variables increased after the intervention. Oral health literacy scores increased from 5.07 to 6.67, oral health attitude scores increased from 3.51 to 3.92, perceived severity scores increased from 2.07 to 2.21, perceived benefits scores increased from 2.35 to 2.50, self-efficacy scores increased from 2.18 to 2.45, social support scores increased from 2.02 to 2.25, and oral health care behavior scores increased from 1.98 to 2.27.

Keywords oral health literacy, caregivers, dependent individuals, participatory action research

บทนำ

สุขภาพช่องปากได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลโดยตรงต่อการบดเคี้ยว การพูด ความสุขสบาย ภาวะโภชนาการ การมีส่วนร่วมทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม[1,2,3,4,19,20,21,22] เมื่อประชากรทั้งระดับโลกและระดับประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเผชิญกับปัญหาสุขภาพช่องปากหลากหลายรูปแบบเพิ่มขึ้น ได้แก่ การสะสมคราบจุลินทรีย์ โรคปริทันต์ ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา การสูญเสียฟัน ภาวะปากแห้ง อาการปวดในช่องปาก การบดเคี้ยวลำบาก และการติดเชื้อในช่องปาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง หรือไม่สามารถดูแลสุขอนามัยช่องปากได้ด้วยตนเอง[3,4,20,21,22,23]

ในสถานการณ์ดังกล่าว ภาระหน้าที่ในการดูแลสุขภาพช่องปากประจำวันจึงถูกถ่ายโอนไปยังผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งครอบคลุมสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ปฏิบัติงานดูแลในชุมชน หากผู้ช่วยเหลือดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจำกัด อาการเริ่มต้นของโรคในช่องปากอาจไม่ได้รับการสังเกต กระบวนการดูแลอาจดำเนินการอย่างไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอ และการส่งต่อเพื่อรับบริการทางทันตกรรมอาจล่าช้า ส่งผลให้ต่อสุขภาพช่องปาก ภาวะขาดสารอาหาร ความเสี่ยงต่อการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก อาการปวดในช่องปาก คุณภาพชีวิตที่ลดลง และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปากที่สามารถป้องกันได้[5,6,19,20,22]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

การศึกษาจากระยะการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยมุ่งเน้นการกำหนดโครงสร้างของรูปแบบและองค์ประกอบการดำเนินงาน การศึกษานี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ภายใต้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการเป็น

ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในทางปฏิบัติและเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[12,13]

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้เข้าร่วมได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามบทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การประสานงานการดูแลระยะยาว การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หรือบทบาทสนับสนุนในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 23 คนเข้าร่วมในการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์เชิงนโยบายและสถานการณ์ ขณะที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 69 คนเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มผู้เข้าร่วมประกอบด้วยผู้บริหารด้านสุขภาพ ทันตแพทย์ นักวิชาการทันตสาธารณสุข พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแล และตัวแทนครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[7,8,9,10]

เครื่องมือวิจัย

การทบทวนเอกสารเชิงนโยบายและเอกสารขององค์กร การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การสนทนากลุ่ม บันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม แนวคำถามการสนทนาอย่างเป็นระบบ และเอกสารต้นทางให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นเชิงนโยบายและระบบบริการ ด้านทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการทันตกรรม บทบาทของครอบครัว [7,8,9,10,12]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบประเด็น (Thematic Analysis) อย่างเป็นระบบ โดยประกอบด้วยการระบุและให้รหัสหน่วยความหมาย การจัดหมวดหมู่รหัส และการพัฒนาประเด็นย่อยและประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัว การประสานงานระบบสุขภาพ และความยั่งยืนของโปรแกรม โดยใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงพรรณนาเพื่อบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[12,13]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (เลขที่โครงการ UBU-REC-110/2568; รับรองเมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

กระบวนการสังเคราะห์แบบมีส่วนร่วมพบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดศรีสะเกษเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าสุขภาพช่องปากมีบทบาทสำคัญต่อความสุขสบาย ความสามารถในการบดเคี้ยว ความสะอาดในช่องปาก และคุณภาพชีวิตโดยรวม แม้จะมีการตระหนักรู้ดังกล่าว แต่สุขภาพช่องปากยังคงถูกมองว่าเป็นประเด็นรองเมื่อเทียบกับภารกิจการดูแลอื่นที่ถูกมองว่ามีความเร่งด่วนทางการแพทย์มากกว่า[1-10] ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่มีเพียงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แม้ว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่จะเข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาความสะอาดในช่องปาก แต่หลายคนยังขาดความมั่นใจในการให้การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ปัญหาที่พบเป็นประจำ ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ผู้ที่ไม่สามารถบ้วนปากหรือขับเสมหะได้ด้วยตนเอง ผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายอย่างรุนแรง และผู้ที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเทคนิคเฉพาะในการดูแลช่องปาก[5,6,15,16,17,18] ในระบบบริการ พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้างหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การบรรจุเนื้อหาด้านสุขภาพช่องปากในหลักสูตรอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลที่ยังไม่เพียงพอ การขาดระบบ

อบรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง การมีบุคลากรทันตกรรมอย่างจำกัด และข้อจำกัดด้านการเดินทางที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวถูกระบุว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน เนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากประจำวันไม่สามารถพึ่งพาเพียงบุคลากรสาธารณสุขหรือการเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราวได้ [7,8,9,10,15,16,17,18]

จากการวิเคราะห์เชิงประเด็นอย่างเป็นระบบและกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้มีการพัฒนาองค์ประกอบเชิงปฏิบัติการจำนวน 7 องค์ประกอบ เพื่อใช้เป็นโครงสร้างของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยองค์ประกอบเหล่านี้ได้รับการออกแบบเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างครอบคลุม และเพื่อสร้างกรอบการดำเนินงานแบบบูรณาการ ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแล สื่อการเรียนรู้ ระบบประสานงานด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน ระบบสนับสนุนทางสังคม และกลไกการติดตามเชิงนโยบาย[12]

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 7 ด้าน ซึ่งมีความเชื่อมโยงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะการดูแล ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนการบูรณาการเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

องค์ประกอบ 1 การพัฒนาความรอบรู้และทักษะปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปาก

มุ่งเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะเชิงปฏิบัติของผู้ช่วยเหลือดูแล ผ่านกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ การสาธิต การฝึกปฏิบัติย้อนกลับ และการติดตามให้คำแนะนำเฉพาะราย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

องค์ประกอบ 2 สื่อและเครื่องมือสนับสนุนด้านความรอบรู้สุขภาพช่องปาก

เป็นการพัฒนาสื่อการเรียนรู้และเครื่องมือสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ช่วยเหลือดูแลและชุมชน เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือภาพ แบบประเมิน และสื่อดิจิทัล เพื่อช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ซ้ำ การเข้าถึงข้อมูลที่เข้าใจง่าย และการประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ 3 การประสานงานระหว่างระบบสุขภาพกับชุมชน

มุ่งบูรณาการงานสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวและระบบส่งต่อ โดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ การกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ การวางระบบส่งต่อ และการบรรจุประเด็นสุขภาพช่องปากในแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้เกิดความชัดเจนด้านบทบาทหน้าที่และการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่

องค์ประกอบ 4 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับชุมชน

เป็นการสร้างการรับรู้และทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน ผ่านกิจกรรมรณรงค์ เวทีชุมชน และการสื่อสารสาธารณะ เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบ 5 คู่มือและแนวทางการดำเนินงาน

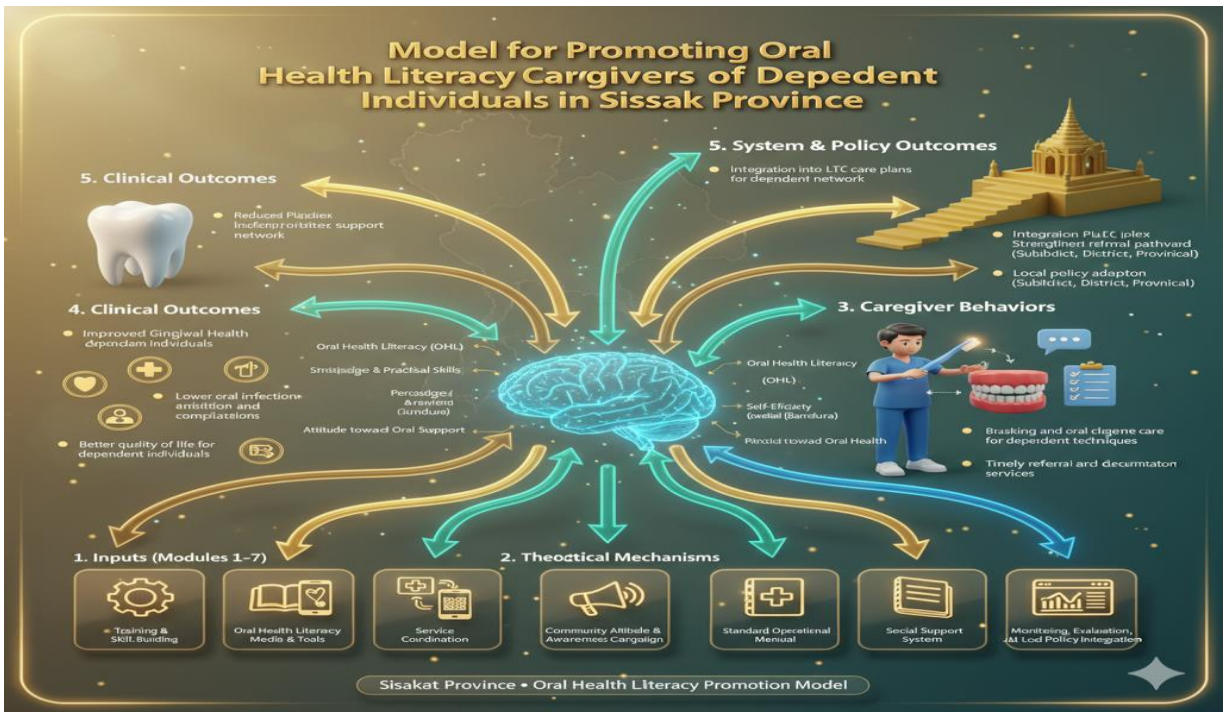
มุ่งกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานและสร้างความสม่ำเสมอของการปฏิบัติ โดยจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ และกระบวนการติดตาม

ประเมินผลที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งมีการเผยแพร่และอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่

องค์ประกอบ 6 การเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม

เป็นการพัฒนาเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเครียดและความโดดเดี่ยวของผู้ช่วยเหลือดูแล ผ่านกลุ่มสื่อสารออนไลน์ ระบบพี่เลี้ยง การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และช่องทางการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลได้รับกำลังใจ มีแรงสนับสนุนทางสังคม และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น องค์ประกอบ 7 การติดตามประเมินผลและการเชื่อมโยงเชิงนโยบาย มุ่งพัฒนาระบบติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลเชิงประจักษ์สู่การกำหนดนโยบาย โดยมีการพัฒนาตัวชี้วัด ระบบรายงานผล และการสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำเสนอแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งช่วยสนับสนุนความยั่งยืนของโครงการและการบรรจุประเด็นสุขภาพช่องปากเข้าสู่แผนสุขภาพระดับพื้นที่

จากองค์ประกอบทั้ง 7 ด้านดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นระบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแล การสนับสนุนเชิงสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชน และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทชุมชนได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน



รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดลองแบบกลุ่มเดียวก่อน–หลัง การทดลองครั้งนี้ใช้รูปแบบ กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 30 คน ผลจากเอกสารแสดงค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง

ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.20 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.16 ปี อายุต่ำสุด 39 ปี และสูงสุด 64 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6,751 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,369

บาท สะท้อนว่าผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงวัยสูงอายุตอนต้น และอยู่ในบริบทเศรษฐกิจระดับชุมชนชนบท

ตารางที่ 1 ผลการเปลี่ยนแปลงก่อน–หลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	ผลต่างค่าเฉลี่ย
ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	5.07 ± 1.48	6.67 ± 1.42	+1.60
ทัศนคติด้านสุขภาพช่องปาก	3.51 ± 0.257	3.92 ± 0.234	+0.41
การรับรู้ความรุนแรง	2.07 ± 0.225	2.21 ± 0.291	+0.14
การรับรู้ประโยชน์	2.35 ± 0.143	2.50 ± 0.211	+0.15
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.18 ± 0.145	2.45 ± 0.172	+0.27
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.02 ± 0.149	2.25 ± 0.210	+0.23
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	1.98 ± 0.207	2.27 ± 0.242	+0.29

ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนาพบว่า หลังการทดลองนำร่อง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรทุกด้านเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นจาก 5.07 เป็น 6.67 คะแนน และ ทัศนคติด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 3.51 เป็น 3.92 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมของรูปแบบมีแนวโน้มช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเชิงบวกของผู้ช่วยเหลือดูแลได้

นอกจากนี้ ตัวแปรด้านจิตสังคมและพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเช่นกัน สะท้อนว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาจช่วยเสริมความมั่นใจ การรับรู้แรงสนับสนุน และการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงในบริบทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการทดลองในผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 30 คน พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรทุกด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลดังกล่าวสะท้อนว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และอาจช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ ความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบพบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดศรีสะเกษยังเป็นประเด็นที่ถูกให้ความสำคัญน้อยกว่าปัญหาสุขภาพด้านอื่น เช่น การป้องกันแผลกดทับ การดูแลสายให้อาหาร การติดเชื้อ และการดูแลระบบทางเดินหายใจ ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจำเป็นต้องทำหน้าที่ “ยกระดับสุขภาพช่องปาก” ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลประจำวันในระบบ LTC ไม่ใช่กิจกรรมเสริมที่ดำเนินการเป็นครั้งคราว เพราะสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ การติดเชื้อ ความสบายในช่องปาก การสื่อสาร และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนารูปแบบในวงรอบที่ 1 มุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ สังเคราะห์ปัญหา และออกแบบแนวทางเบื้องต้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสะท้อนความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่มาใช้เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบ ผลในระยะนี้ชี้ว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวนมากมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพช่องปากอยู่บ้าง แต่ยังขาดทักษะเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มี

ข้อจำกัดเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่อ้าปากยาก กลืนลำบาก หรือไม่สามารถบ้วนปากได้ ดังนั้น รูปแบบที่เหมาะสมจึงต้องเน้นการฝึกปฏิบัติจริง การสาธิต การฝึกซ้ำ การให้คำแนะนำรายกรณี และการติดตามหลังการอบรม มากกว่าการให้ความรู้เชิงบรรยายเพียงอย่างเดียว ส่วนวงรอบที่ 2 เป็นขั้นตอนของการปรับปรุง พัฒนา และยกระดับรูปแบบจากบทเรียนของวงรอบที่ 1 โดยยังคงใช้กระบวนการ PAOR เป็นกรอบดำเนินงานหลัก และมุ่งเสริมศักยภาพของ Caregiver ครอบครัว อสม. Care Manager บุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร และเครือข่าย LTC ให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน การพัฒนาในวงรอบนี้จึงมีลักษณะเป็นการปรับรูปแบบให้ใกล้เคียงกับสภาพจริงของพื้นที่มากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าไปใน Care Plan การเยี่ยมบ้าน Checklist การประเมินช่องปาก และระบบให้คำปรึกษาโดยทันตบุคลากรหรือทีมสหวิชาชีพ

เมื่อพิจารณาเชิงองค์ประกอบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เนื่องจากตอบโจทย์ปัญหาหลักที่พบในพื้นที่ ได้แก่ 1) การขาดความรู้เชิงลึกและทักษะปฏิบัติของผู้ดูแล 2) การขาดระบบติดตามสุขภาพช่องปากในผู้มีภาวะพึ่งพิง 3) การขาดสื่อและเครื่องมือที่เข้าใจง่าย 4) การขาดการบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบ LTC และ 5) การขาดกลไกสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และนโยบายอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเสนอองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติของ CG ญาติ และ อสม. การจัดทำคู่มือ สื่อ และ Checklist การดูแลช่องปาก การบูรณาการสุขภาพช่องปากไว้ใน Care Plan และการเยี่ยมบ้าน การมีพี่เลี้ยงจากทันตบุคลากรหรือทีมสหวิชาชีพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งพบว่า ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ขณะที่ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมผ่านกลไกทางจิตสังคมดังกล่าว ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 จึงมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของงานวิจัยเอง กล่าวคือ รูปแบบไม่ได้เน้น “การให้ความรู้” เพียงด้านเดียว แต่เน้นการสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติจริง และสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานของณัฐพล ยศพล และอรวรรณ เสี่ยงบุญ[24] ซึ่งพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับชิสา ตัณฑะกูล และคณะ[23] ที่พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และพบว่าสามารถช่วยให้การดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ความสอดคล้องนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบหรือระบบการดูแลที่ชัดเจน มีส่วนช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มเปราะบางได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานของภัสรา รัตนะ[29] ที่พัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียม และสามารถลดระยะเวลารอคอยบริการ แม้งานดังกล่าวเน้นระบบบริการฟันเทียม ขณะที่การศึกษาครั้งนี้เน้นความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแล แต่ทั้งสองงานสะท้อนหลักการเดียวกัน คือ การจัดระบบบริการและการกำหนดกระบวนการทำงานที่ชัดเจนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการทันตกรรมและลดข้อจำกัดในระบบสุขภาพได้

ในด้านกระบวนการเรียนรู้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของพลอยไพลิน เอนกแสน[27] ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านการสนทนากลุ่มช่วยเพิ่มความรู้และลดคราบจุลินทรีย์ และสอดคล้องกับวรรษชล ลุนาวัน และคณะ[28] ที่พบว่าโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองช่วยลดคราบจุลินทรีย์และปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลฟัน ข้อค้นพบนี้สนับสนุนว่าการพัฒนารูปแบบควรใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ การสะท้อนผล และการติดตามต่อเนื่อง เพราะสามารถเปลี่ยนความรู้ไปสู่พฤติกรรมได้ดีกว่าการให้ข้อมูลทางเดียว ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ Charlotte C. K. Chan และคณะ[15] ซึ่งพบว่าการแทรกแซงเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอิงทฤษฎีสามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพปริทันต์ ลดคราบจุลินทรีย์ และลดเลือดออกตามไรฟันได้ ความสอดคล้องนี้สนับสนุนว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากควรมีฐานทฤษฎีรองรับ โดยเฉพาะแนวคิด Health Belief Model, Self-efficacy และ Social Support เพื่อให้กิจกรรมในรูปแบบมีเหตุผลเชิงวิชาการและสามารถอธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ชัดเจน

ในมิติความเหมาะสมกับบริบทชุมชน ผลการวิจัยสอดคล้องกับMinti Kumariและคณะ[16] ที่ใช้การสนทนากลุ่ม เทคโนโลยีมือถือ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนเพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปากในประชากรชนเผ่า และพบว่ากลยุทธ์ดังกล่าวช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก อีกทั้งสอดคล้องกับ Carolyn Camplain และคณะ[17] ที่เสนอว่าแนวทางการวิจัยแบบมีส่วนร่วมจากชุมชนและการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม สามารถช่วยลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรพื้นเมืองได้ เมื่อเทียบกับบริบทจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตชนบท รูปแบบที่พัฒนาจึงควรตั้งอยู่บนฐานของชุมชน ครอบครัว อสม. CG และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการยอมรับและดำเนินต่อได้จริง

การพัฒนารูปแบบครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่ระบุว่า ครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดผู้มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ขณะที่ CG และ อสม. ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา หากครอบครัวไม่เข้าใจหรือไม่เห็นความสำคัญ การดูแลสุขภาพช่องปากจะไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีความเหมาะสมที่เน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน มากกว่าการฝากภาระไว้กับบุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว

ในเชิงระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าสู่ Care Plan และการเยี่ยมบ้านเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้รูปแบบมีความยั่งยืน เพราะหากสุขภาพช่องปากยังไม่ถูกกำหนดเป็นรายการประเมินหรือกิจกรรมประจำในระบบ LTC การดูแลช่องปากก็มีแนวโน้มถูกละเลยต่อไป ผลนี้สอดคล้องกับข้อเสนอจากเอกสารที่ระบุว่า ควรกำหนดสุขภาพช่องปากเป็นหัวข้อหลักหรือ Checklist ในการเยี่ยมบ้าน และควรมี Flow การดูแลที่ชัดเจนสำหรับ CG อสม. ญาติ และทีมสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ มีความเหมาะสมทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เนื่องจากพัฒนาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของพื้นที่ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ PAOR จำนวน 2 วงรอบ และเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงปริมาณกับข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ รูปแบบที่ได้มีจุดเด่นคือ การเน้นความรู้ควบคู่ทักษะปฏิบัติ การสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง การเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ดูแล การใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การมีทันตบุคลากรเป็นพี่เลี้ยง และการบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบ LTC ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ชี้ว่า รูปแบบการดูแลที่มีระบบ มี

ส่วนร่วม เหมาะสมกับบริบท และมีการติดตามต่อเนื่อง สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้

หน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบูรณาการประเด็นสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว อย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้การประเมินสุขภาพช่องปาก การติดตามปัญหาในช่องปาก และการส่งต่อทางทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของ Care Plan และการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรอบรมเฉพาะด้านสุขภาพช่องปากสำหรับ Caregiver, Care Manager และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นการฝึกปฏิบัติจริง การสาธิต การฝึกซ้ำ และการให้คำปรึกษารายกรณี มากกว่าการให้ความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มสมรรถนะ ความมั่นใจ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดเฉพาะทางสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับระบบบริการสุขภาพ

หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาระบบติดตามสุขภาพช่องปากในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผ่านการใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปาก Checklist การเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและให้การดูแลรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ลดภาวะแทรกซ้อน และระบบการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ชนบท

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะทดลองนำร่องและระยะขยายผล โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อประเมินผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแล ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ช่วยเหลือดูแล รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33(2):81-92.
2. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. J Dent Res. 2012;91(9):878-83.
3. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, quality of life, and ageing: current evidence and research needs. Community Dent Oral Epidemiol. 2008;36(2):123-32.
4. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-60. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
5. van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JNO, Bronkhorst EM, Schols JMGA, Hildebrandt GH. Dental care use and barriers among nursing home residents: a systematic review. Spec Care Dentist. 2013;33(6):282-90.
6. Lamster IB, Mallonee S. Oral health in an aging population. J Am Geriatr Soc. 2018;66(1):13-20.
7. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.

8. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
9. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition, and wellbeing of mankind: a call for global action. J Clin Periodontol. 2017;44(5):456-62.
10. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005;83(9):644.
11. Yoshino M, Yoshino K, Maki K. Mobile dental services and ageing society: implementation and outcomes in Japan. J Oral Sci. 2020;62(1):1-7.
12. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005. p. 559-603.
13. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: Guilford Press; 2015.
14. World Health Organization. Guidelines for sample size determination in health studies. Geneva: World Health Organization; 1996.
15. Chan CCK, Wong AHM, Lo ECM, Chu CH. Theory-based behavioral interventions for improving oral health among older adults: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):4123.
16. Kumari M, Bhat N, Singh A, et al. Community-based oral health promotion interventions among tribal populations: a participatory approach. BMC Oral Health. 2023;23:411.
17. Camplain C, Dong F, Perry R, et al. Community-based participatory research approaches to reduce oral health inequities among indigenous populations. Int J Equity Health. 2021;20(1):222.
18. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สามเจริญพาณิชย์; 2560.
19. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักทันตสาธารณสุข; 2561.
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานสุขภาพช่องปากในจังหวัดศรีสะเกษ รายงานทันตกรรม HDC. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2567.
21. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล. รายงานสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอำเภอราษีไศล รายงานทันตกรรม HDC. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล; 2568.
22. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
23. ตันดากุล ช, หินตาว จ, พิทพรชัยกุล ว. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในชุมชนบ้านดอนสลาบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารการวิจัยชุมชนและการพัฒนาสังคม. 2565;16:193-206.
24. ยศพล น, เสียงบุญ อ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการทันตกรรม โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;2:32-45.
25. เธียรวิบูลย์ ส. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากและการเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุในเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17:30-44.
26. ภักดีธนกุล ค, ศรีสุบัติ อ, เนาวรัตน์สุโพชน์ อ, นิพัทธ์สาตร์ พ, สมพีวงษ์ พ, วิชัยไทย ว. การพัฒนารูปแบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย: ตัวอย่างเครือข่ายโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44:139-44.
27. พลอยไพลิน เอนกแสน. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. วารสารทันตาภิบาล. 2563;31(2):45-58.
28. วรรษชล ลุนาวัน, และคณะ. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองในผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;15(1):77-89.
29. ภัสรา รัตนะ. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2):282-288.

การพัฒนาชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Barthel Activities of Daily Living :ADLอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์

Development of a Community-Based Dementia Prevention Program for Dependent Older Adults with ADL Scores of 5–11 in Uttaradit Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 4,2026)

กุลธิรัตน์ ใสสีสูบ[1] วาสนา บุณยมณี[1] สุพิศ กุลชัย[1] นภารินทร์ นวลไธสง[2]
Kunthirat Saiseesoob[1]Wasana Boonyamanee[1]Supit Kulchai[1] Naparin Nuanthaisong[1]

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงสำรวจเพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Barthel Activities of Daily Living 5 - 11) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คนในชุมชน ได้แก่ ผู้บริหารองค์กร ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 20 คน คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับกิจกรรมหรือแนวทางดำเนินงานด้านการป้องกันโรคสมองเสื่อม 2ส่วน 5ข้อ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลังจากสัมภาษณ์ แบบ 3 เส้า (Triangulation) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี (Methodological Triangulation) คือการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกต การสัมภาษณ์ และศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สะท้อนข้อมูลกลับเพื่อตรวจสอบความถูกต้องสอดคล้อง วิเคราะห์อุปนัย (Analytic Induction) รวมกับวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วพัฒนาเป็นชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ได้จำนวน 9 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นการรู้คิด2)โภชนบำบัด3)ออกกำลังกาย4).ดนตรีบำบัด5)กิจกรรมสุคนธบำบัด 6)ธรรมชาติบำบัด7) สัตว์บำบัด 8)รำลึกความทรงจำ และ9) สะท้อนคิด

คำสำคัญ: ชุดกิจกรรม,ป้องกันสมองเสื่อม,ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Barthel Activities of Daily Living : ADLอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน,การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research aimed to 1) develop a dementia prevention activity package for dependent older adults with Barthel Activities of Daily Living (ADL) scores between 5–11 through community participation in Uttaradit Province. The participants of 20 experts in elderly care within the community, including organizational administrators and practitioners involved in elderly care. Data were collected using a two-part, five-item in-depth interview guide focusing on activities and operational approaches for dementia prevention. Data credibility was verified using methodological triangulation through in-depth interviews, observations, and document reviews, followed by member checking to ensure consistency and accuracy. Data were analyzed using analytic induction and content analysis. The findings led to the development of a dementia prevention activity package comprising nine activities: 1) cognitive stimulation, 2) nutritional therapy, 3) physical exercise, 4) music therapy, 5) aromatherapy, 6) nature therapy, 7) animal-assisted therapy, 8) reminiscence therapy, and 9) reflective thinking.

Keywords: activity package, dementia prevention, dependent older adults, Barthel Activities of Daily Living (ADL) scores 5–11, community participation.

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ corresponding author Email: joyce.kku@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลกมีภาวะสมองเสื่อม (Dementia syndrome) จำนวนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง สมองสูญเสียหน้าที่การทำงานในด้านต่างๆ ทำให้กระบวนการรู้คิด (Cognition) บกพร่อง จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกันในสังคม ถือเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ จากสถิติขององค์การ อนามัยโลกในปี ค.ศ. 2015 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 47.47 ล้านคน และประมาณการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึง 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาในทวีปเอเชีย[1]

สำหรับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยนั้นพบความความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10 และจากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยปี พ.ศ.2563 ใน 77 จังหวัด พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากร โดยคาดว่าภายในปี 2566 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 สูงถึงร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด[2] และคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน[7]

จังหวัดอุตรดิตถ์มีประชากรสูงอายุจำนวน 106,443 คน คิดเป็นร้อยละ 24.03 มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นลำดับที่ 9 ของประเทศ [3] จากการคัดกรองความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า มีผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 97.80 ติดบ้าน ร้อยละ 1.65 และติดเตียง ร้อยละ 0.55 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุพบมากที่สุด คือปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญหลายโรคโดยเฉพาะมีภาวะเสื่อมทางสมอง ร้อยละ 0.66[4] โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข จ.อุตรดิตถ์ แยกเป็นรายปีได้แก่ 574, 605 และ 618 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ภาวะสมองเสื่อมนำมาซึ่งผลกระทบหลายด้านได้แก่ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้เอง (Barthel Activities of Daily Living 5 – 11 คะแนน) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia) ซึ่งภาวะนี้พบมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย[5]

จากการทบทวนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น 2.2 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก[6] ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุด้วย มีรายงานการวิจัยพบว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 25% และผู้ที่มีภาวะอ้วนจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 48% เมื่อเทียบกับคนที่มีดัชนีมวลกายปกติ และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนหรือไม่ได้เลย (Barthel Activities of Daily Living 5 – 11 คะแนน) จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 6.35 เท่า (95%CI: 2.28-17.69) เมื่อเทียบกับผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี [7]

ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านติดเตียงปัจจุบันเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งให้ความสนใจการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมานานแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในภาพรวมทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุติดสังคม ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้สูงอายุติดเตียง[1] และเป็นการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม[8] และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ[9] ทั้งสาม

กลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมหรือชุดความรู้ กิจกรรมต่างๆ ที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ระบุกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง[10] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มี Barthel Activities of Daily Living :ADLอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนนในจังหวัดอุตรดิตถ์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้พัฒนาและส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)Barthel Activities of Daily Living 5 -11โดยการมีส่วนร่วมของ (ชุมชนในจังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้บริหารองค์กร ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือน ตุลาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คนในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมหรือแนวทางดำเนินงานด้านการป้องกันโรคสมองเสื่อมนำไปวิเคราะห์พัฒนาออกแบบชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มผู้บริหารงานที่เกี่ยวข้องการจัดกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่วงวัยในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล จำนวน 4 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี

2) เป็นผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มผู้บริหารงานที่เกี่ยวข้องการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ

3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องการดูแลสนับสนุนงบประมาณและกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในระดับเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี

2) เป็นนายกเทศมนตรี อบต./ ผู้อำนวยการสำนัก /กองสาธารณสุข

3) เป็นผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน กำหนด คุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นบุคลากรปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ/ Care manager /นักกิจกรรมบำบัด

3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในระดับชุมชน จำนวน 10 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นแกนนำ/จิตอาสาด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน

2) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข/Care giver

3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบ่งออกเป็น 2 ส่วนประกอบด้วยส่วนที่ 1 คือข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 คือ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ส่วนที่ 1

1.บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน

ส่วนที่ 2

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน ในชุมชนเป็นอย่างไร

2. สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน ในชุมชนเป็นอย่างไร

3. กิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน เป็นอย่างไรบ้าง

4. แนวทางพัฒนากิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนนทำอย่างไร

2.การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มาจัดทำเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi – Structured interview)

2.2 นำแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยวิธี Indept -interview จำนวน 20 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

1. เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้กรรมการจริยธรรมพิจารณา เพื่อออกเอกสารรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept-interview) และแบบสอบถาม สมรรถภาพสมอง เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์ กับกลุ่มตัวอย่าง

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อนำไปวิเคราะห์ กรณีข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ไม่ตรงกัน ผู้วิจัยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ในคำถามเดียวกัน และจากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกันจากแหล่งบุคคลหลาย ๆ คน เพื่อเป็นการยืนยันในข้อมูลที่ได้รับว่ามีความถูกต้องตรงกัน

ระยะดำเนินการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพ

1.1 เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คนใน การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมหรือแนวทางดำเนินงานด้านการป้องกันโรคสมองเสื่อมนำไปวิเคราะห์พัฒนาออกแบบชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.2 ผู้วิจัยนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มาจัดทำเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi – Structured interview)

1.3 นำแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) เก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้เชี่ยวชาญโดยวิธี Indept -interview จำนวน 20 คน

1.4 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์อุปนัยและรวมกับการวิเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) จากแนวคิด ทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยนำไปออกแบบพัฒนาเป็นชุดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์อุปนัย

2.วิเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาการศึกษา

ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2569

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เลขที่ URU-REC No. 024 / 2568 วันที่ 1 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ผู้วิจัย วิเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก Indept และพัฒนาเป็นชุดกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุดังนี้

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คนโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ใน 2 ส่วน 5 ประเด็นคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามที่ 1 ถามว่า บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน

สรุปคำตอบที่ได้จากส่วนที่ 1 ข้อคำถามที่1 พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้อง กัน ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสวัสดิการ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ลดช่องว่างระหว่างวัย สนับสนุนการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือเด็กในครอบครัว ร่วมกับการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ สุขภาพจิต ป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิและสวัสดิการตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 1 ถามว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน ในชุมชนเป็นอย่างไร

สรุปคำตอบที่ได้จากส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า พื้นที่ตำบลนี้เป็นสังคมผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพังในช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากบุตรหลานหรือผู้ดูแลต้องออกไปประกอบอาชีพ แม้ว่าจะได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเข้ามาช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แต่การดูแล เป็นไปตามแผนการเยี่ยมบ้านและการดูแลพื้นฐานเป็นหลัก

จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้ครอบคลุมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 2 ถามว่า สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน ในชุมชนเป็น อย่างไร

สรุปคำตอบที่ได้จากส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังประจำตัว และอยู่ในภาวะเสี่ยง การเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายตามวัย ควรได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขภายใต้แผนการรักษา การพบแพทย์ตามนัด การคัดกรองความเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมควบคู่กับการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกายและสมองในระยะยาว

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 3 ถามว่ากิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน เป็นอย่างไรบ้าง

ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่ 1 3 และ 4 จำนวน 17 คน เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ได้กล่าวว่า

สรุปคำตอบที่ได้จากส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่า ปัจจุบันมีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุของกรมอนามัย ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถติดตามสุขภาพ วางแผนการดูแลตนเอง และเฝ้าระวังความเสื่อมของร่างกายได้และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานต่าง ๆ ในการจัดโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 4 ถามว่า แนวทางพัฒนากิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนนทำอย่างไร

สรุปคำตอบที่ได้จากส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่า การพัฒนากิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมควรเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมองที่สัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการความสนใจของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประกอบด้วย การฝึกการรู้คิดและกระตุ้นความจำ การรำลึกเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่มีความหมายในอดีต การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่สอดคล้องกับสภาพร่างกาย การใช้ดนตรีเพื่อกระตุ้นความทรงจำและอารมณ์เชิงบวก การใช้กลิ่นธรรมชาติและสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติในการกระตุ้นประสาทสัมผัส ตลอดจนการใช้สัตว์เลี้ยงเป็นสื่อในการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และการกระตุ้นการทำงานของสมอง

ข้อสรุปจากความคิดเห็นการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 20 คน โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์อุปนัยและรวมกับการวิเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) จากแนวคิด ทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย นำไปออกแบบพัฒนาเป็นชุดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน ได้จำนวน 9 ชุดกิจกรรม ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้จริง เช่น เล่าชีวประวัติ การระบายสีจากภาพที่เตรียมไว้ การดูรูปภาพ หรือภาพถ่ายในอดีตพร้อมเล่าเรื่องจากภาพ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมโภชนบำบัด ควรให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงอาหารที่ชอบรับประทานและอยากรับประทานพร้อมวิธีปรุงอาหารที่เคยปรุงได้

เองโดยมีทีมงานผู้วิจัยที่เก็บข้อมูลเป็นผู้ที่เรียบเรียงและแนะนำเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมออกกำลังกาย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ควรใช้วิธีการยืดเหยียดหรือการฝึกสมาธิ และการเคลื่อนไหวเฉพาะตำแหน่ง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมดนตรีบำบัด มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านโทรศัพท์ ไลน์ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะฟังวิทยุและดูโทรทัศน์อยู่แล้ว

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมสุคนธบำบัด กิจกรรมนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเรื่องมีความเป็นห่วงเรื่องการแพ้กลิ่นสุคนธบำบัดของผู้สูงอายุได้ จึงไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมธรรมชาติบำบัด ควรให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับธรรมชาติโดยการส่งเสริมการปลูกต้นไม้ การเลี้ยงต้นไม้ หรือพืชผักสวนครัว สมุนไพร และ จัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน ตามสภาพของผู้สูงอายุที่สามารถทำได้

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมสัตว์บำบัด กิจกรรมนี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ จะเลี้ยงสัตว์ สุนัข แมว นก หรือกระต่าย แต่มีข้อควรระวังเรื่องของการแพ้ขนสัตว์ กรณีสัตว์ มีขน

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมรำลึกความทรงจำ จะสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ 1 การกระตุ้นการรู้คิด แต่เพิ่มเติม ให้มีการพาผู้สูงอายุไปเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สังคมหรือ รวมกลุ่มกัน พูดคุยเล่าเรื่อง ในอดีต เพื่อกระตุ้นความทรงจำ

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมสะท้อนคิด เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้สะท้อนความคิดในสิ่งที่ได้รับทั้งหมด

โดยสรุป จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน พบว่า การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 5–11 คะแนน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาศัยอยู่ตามลำพัง เนื่องจากบุตรหลานต้องออกไปประกอบอาชีพ แม้จะมี อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครบริบาลเข้าไปดูแล แต่ยังเป็นการดูแลตามแผนงานพื้นฐาน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนากิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องและควรดำเนินการแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุโดยจากผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องอาศัยแนวทางการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นการกระตุ้นสมองควบคู่กับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของสูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญยังให้ความสำคัญกับการสร้างความสุขในครอบครัว การลดช่องว่างระหว่างวัย และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านสังคมและอารมณ์มีผลต่อการชะลอความเสื่อมของสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชาภัทร มณีพันธ์และคณะ[1]ที่ได้สรุปว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและกระตุ้นการทำงานด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ การรำลึกความทรงจำ การเล่าเรื่องในอดีต การดูภาพถ่าย หรือการฟังเพลงเก่าสามารถช่วยกระตุ้นการคิดและสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุ ตรงกับแนวคิด สำราญ บุญรักษา[11] ที่พบว่ากิจกรรมรำลึกความหลังช่วยส่งเสริมความจำระยะยาว ลดความวิตกกังวล และเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีความ

เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ เช่นเดียวกับการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสนุกสนาน และสามารถกระตุ้นความทรงจำด้วยบทเพลงที่คุ้นเคย ด้านกิจกรรมออกกำลังกายและโภชนบำบัด ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การยืดเหยียด การเคลื่อนไหวเฉพาะส่วน และการฝึกสมาธิ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ[12]ที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ[13].และกิจกรรมธรรมชาติบำบัด สุคนธบำบัด [14]และสัตว์บำบัด ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นพบว่า การกระตุ้นประสาทสัมผัสผ่านกลิ่น เสียง ธรรมชาติ หรือสัตว์เลี้ยง สามารถช่วยลดความเครียด เพิ่มความผ่อนคลาย และส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม[15]

สรุปได้ว่าชุดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทั้ง 9 กิจกรรม เป็นรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรม โดยครอบคลุมการส่งเสริมการรู้คิด การกระตุ้นความทรงจำ การฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ควรนำชุดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล อสม. และอาสาสมัครบริบาล ในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมร่วมกับผู้สูงอายุ และคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของสมองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาประสิทธิผลของชุดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1.ณิชาภัทร มณีพันธ์ และคณะ. การพัฒนาชุดกิจกรรมภูมิปัญญาปราชญ์ชาวบ้านต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):85-98.

2.World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: WHO Document Production Services; 2017.

3.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จำนวนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามการประเมินภาวะสมองเสื่อม ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://data.thaihealth.or.th/nl/dataset/60plus-health/resource/b27639ab-ae70-4d05-a770-852d7b50ea5d

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ . สรุปรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. 2566

5.อาทิตยา สุวรรณ์. การพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารวิชาการสมาคมอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2567;13(1):36-49.

6.สาคร อินโท่โล. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(1):65-77.

7.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2561.

8.ชัชวาล วงค์สารี. สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการพยาบาล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12(1):47-58.

9.นาเดียร์ มะนิ และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567;2(1):64-78.

10.วิษณุ จันทร์สด. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตตำบลในเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;45(1):75-85.

11.สำราญ บุญรักษา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติต่อความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(3):126-140.

12.สุรีรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข. 2568;4(1):103-114.

13.พรธิภา ไกรเทพ. การออกกำลังกายกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(4):650-659.

14.สายฝน อินศรีชื่น. ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(1):37-48.

15.สายใจ พันแพง.การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเด่นเหล็ก อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 2 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2567/research/MA2567-005-01-0000001179-0000001801.pdf

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Affecting Core Competencies of Dentists in Community Hospitals, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 2,2026)

กรีชฎา ทองวิจิตร[1]
Kreechada Tongwijit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์และสมรรถนะหลัก และ (2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือ ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 78 คน คำนวณตามสูตรของ Krejcie และ Morgan ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.21 อายุเฉลี่ย 35.71 ปี มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.81 ปี ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.91, SD = 0.410) โดยด้านการตระหนักรู้ในอารมณ์ตนสูงสุด (M = 4.12) และด้านทักษะทางสังคมต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.63) สมรรถนะหลักโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 4.01, SD = 0.432) โดยด้านการบริการที่ดีสูงสุด (M = 4.36) ขณะที่ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์และด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพต่ำสุดเท่ากัน (M = 3.81) ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมเป็นตัวพยากรณ์หลัก (β = .738, p < .001) ขณะที่อายุเป็นตัวพยากรณ์รอง (β = .219, p = .002) ส่วนตัวแปรประชากรศาสตร์อื่นไม่เข้าสู่สมการ ทั้งสองตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 64.80 (Adjusted R^2 = .648, F = 71.765, p < .001)

คำสำคัญ: สมรรถนะหลัก, ความฉลาดทางอารมณ์, ทันตแพทย์, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This cross-sectional study by survey research aimed to (1) examine the levels of emotional intelligence and core competencies, and (2) investigate the factors affecting core competencies of dentists working in community hospitals in Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 78 dentists working in community hospitals in Nakhon Si Thammarat Province, calculated using Krejcie and Morgan's formula and obtained through simple random sampling. The instrument was a researcher-developed questionnaire consisting of three parts. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

Results showed that most of the sample were female (78.21%), with a mean age of 35.71 years and a mean work experience of 9.81 years. Overall emotional intelligence was at a high level (M = 3.91, SD = 0.410), with self-awareness as the highest dimension (M = 4.12) and social skills as the lowest at a moderate level (M = 3.63). Overall core competency was at a good level (M = 4.01, SD = 0.432), with service mind ranked highest (M = 4.36), while achievement motivation and expertise accumulation were the lowest dimensions (M = 3.81). Overall emotional intelligence was the primary predictor (β = .738, p < .001), followed by age as the secondary predictor (β = .219, p = .002), while other demographic variables did not enter the equation. Together, both variables explained 64.80% of the variance (Adjusted R^2 = .648, F = 71.765, p < .001).

Keywords: Core competencies, Emotional intelligence, Dentists, Community hospital

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลปากพนัง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทนำ

โรคในช่องปากจัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดในโลก ส่งผลกระทบต่อประชากรประมาณ 3,500 ล้านคน หรือร้อยละ 45.00 ของประชากรโลก ครอบคลุมทุกช่วงวัยตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ[1] การวิเคราะห์ภาระโรคระดับโลกในปี ค.ศ. 2021 รายงานว่าภาระโรครวมที่คำนวณเป็นปีสุขภาวะที่สูญเสีย (disability-adjusted life-years) สูงถึง 23.20 ล้าน DALYs เพิ่มขึ้นร้อยละ 81.00 จากปี ค.ศ. 1990 สัมพันธ์กับต้นทุนทางเศรษฐกิจกว่า 544,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี[2] โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งประเทศไทยตั้งอยู่เป็นพื้นที่ที่แบกรับภาระโรคหนักที่สุดในโลก ทำให้ภารกิจการดูแลสุขภาพช่องปากของทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อนและมีปริมาณงานสาธารณสุขสูงตามไปด้วย

ในบริบทประเทศไทย ทันตแพทย์มีบทบาทครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรค การรักษาทางทันตกรรม และการฟื้นฟูสภาพช่องปาก ทั้งในระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ระบุว่ามีทันตแพทย์ในสังกัดรวม 6,177 คน[3] ขณะที่จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ลำดับที่ 2 ของภาคใต้ มีประชากร 1,521,736 คน แต่มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานเพียง 144 คน คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 10,568 ซึ่งอยู่ในช่วงล่างของเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำสำหรับประเทศรายได้ปานกลางซึ่งอยู่ที่ 1:5,000 ถึง 1:10,000 โดยมีผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง รวม 86 คน[4]

ปัญหาการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดนครศรีธรรมราชปรากฏชัด ดังที่รายงานการประชุมติดตามตัวชี้วัดของศูนย์อนามัยที่ 11[5] ระบุว่าการตรวจสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3 ปีทำได้เพียงร้อยละ 44.75 และในเด็กอายุ 12 ปีเพียงร้อยละ 43.60 จากเป้าหมายร้อยละ 50.00 นอกจากนี้การวิเคราะห์การจัดบริการทันตกรรมทางไกลของเขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2569 พบข้อมูลที่ถูกคัดออกจากระบบสารสนเทศสูงถึงร้อยละ 36.70 สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศที่ร้อยละ 25.86[6]

สถานการณ์ของจังหวัดนครศรีธรรมราชจึงเป็นภาพสะท้อนปัญหาที่ไม่อาจเกิดจากการขาดแคลนอัตรากำลังเพียงอย่างเดียว เนื่องจากผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ควรแปรผันตามสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร แต่ข้อเท็จจริงพบว่าพื้นที่ที่มีสัดส่วนทันตแพทย์ใกล้เคียงกันยังคงให้ผลการปฏิบัติงานและคุณภาพข้อมูลที่แตกต่างกัน ดังนั้นปัจจัยอื่นนอกเหนือจากอัตรากำลังจึงน่าจะมีน้ำหนักในการกำหนดผลลัพธ์ ปัจจัยที่ได้รับความสนใจในการบริหารทรัพยากรบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะภายในของผู้ปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อการแสดงสมรรถนะในงาน

ในประเทศไทย การนำแนวคิดสมรรถนะมาใช้อย่างเป็นทางการเริ่มต้นจากพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 และคู่มือสมรรถนะหลักของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ซึ่งกำหนดสมรรถนะหลัก 5 ประการที่ข้าราชการพลเรือนทุกตำแหน่งต้องแสดง ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และการทำงานเป็นทีม[7]

ในการแสดงสมรรถนะหลักดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอจำเป็นต้องอาศัยคุณลักษณะภายในของผู้ปฏิบัติงาน คุณลักษณะที่ได้รับความสนใจมากที่สุดในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาคือความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่ง Salovey และ Mayer[8] นิยามว่าเป็นความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และจัดการอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น เพื่อชี้นำความคิดและพฤติกรรม ต่อมา Goleman ขยายแนวคิดนี้สู่วงการบริหารและการทำงาน โดยจำแนกความฉลาดทางอารมณ์ออกเป็น 5 องค์ประกอบ ระดับส่วนบุคคลประกอบด้วย การตระหนักรู้ในอารมณ์ตน การจัดระเบียบอารมณ์ของตน และการจูงใจ

ตน ส่วนระดับสังคมประกอบด้วย การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และทักษะทางสังคม[9]

งานวิจัยในกลุ่มวิชาชีพทันตกรรมและบุคลากรสุขภาพแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับผลการปฏิบัติงาน Farah-Franco และคณะ[10] ศึกษาย้อนหลังในนักศึกษาทันตแพทย์ของสหรัฐอเมริกา 10 รุ่น พบว่ามิติการตัดสินใจและการจัดการความเครียดสัมพันธ์กับผลการเรียนทั้งช่วงก่อนคลินิกและช่วงคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) ในประเทศไทย พุทธรักษา สุมงคลธนกุล[11] ศึกษาทันตบุคลากรในจังหวัดเชียงราย ($n = 151$) รายงานว่าความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.10 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะหลักได้ $R^2 = .583$ ($p < .05$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะนั้น วิลาวัลย์ พุตติ[12] ศึกษาบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ($n = 255$) พบว่าเพศ ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน และตำแหน่งมีนัยสำคัญในเกือบทุกมิติ อย่างไรก็ตาม น้ำหนักของปัจจัยส่วนบุคคลอาจแตกต่างไปตามประเภทของหน่วยงาน ลักษณะงาน และตัวแปรเชิงองค์กร แม้มีหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยส่วนบุคคล และสมรรถนะในบุคลากรสุขภาพ แต่งานวิจัยที่มุ่งเน้นกลุ่มทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนโดยตรงยังมีอยู่อย่างจำกัด งานของพุทธรักษา สุมงคลธนกุล[11] ซึ่งใกล้เคียงที่สุดศึกษาทันตบุคลากรรวมทั้งทันตแพทย์และทันตาภิบาลโดยไม่ได้แยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มทันตแพทย์ ส่วนงานของจิริสุดา บัวผัน[13]ที่ศึกษาทันตแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 12 แม้จะเจาะจงกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน แต่ตีพิมพ์มาแล้วกว่า 14 ปี บริบทของระบบบริการและภาระงานในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ช่องว่างทางวิชาการจึงอยู่ใน 3 มิติที่เชื่อมโยงกัน คือ (1) ขาดงานที่ศึกษาเฉพาะทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน (2) ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทภาคใต้ตอนบน และ (3) ขาดโมเดลทางสถิติที่รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาดทางอารมณ์เข้าไว้ในสมการเดียวกัน การวิจัยครั้งนี้จึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายในการวางแผนพัฒนาทันตแพทย์ในบริบทเฉพาะของพื้นที่ภาคใต้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์และสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study by survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์และสมรรถนะหลัก และปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 19 แห่ง รวม 86 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน คำนวณตามสูตรของ Krejcie และ Morgan[14] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 71 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล สุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เกณฑ์คัดเข้าคือทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนช่วงเก็บข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือผู้ที่ลาเกิน 3 เดือนในช่วงเก็บข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน รวม 74 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ จำนวน 38 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert[15] พัฒนาจากแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของ Goleman[9] ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการตระหนักรู้ในอารมณ์ตน ด้านการจัดระเบียบอารมณ์ของตน ด้านการจูงใจตน ด้านการเอาใจเขามาใส่ใจเรา และด้านทักษะทางสังคม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก จำนวน 28 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับเช่นเดียวกัน พัฒนาจากกรอบสมรรถนะหลักของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน[7] ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ด้านจริยธรรม และด้านความร่วมแรงร่วมใจ

สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best[16] โดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33 แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และทดลองใช้กับทันตแพทย์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ .945 และของแบบประเมินสมรรถนะหลักเท่ากับ .927

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความฉลาดทางอารมณ์ ระดับสมรรถนะหลัก และปัจจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ NSTPH 48/2568 ลงวันที่ 1 เมษายน 2568 อธิบายเหตุผลและข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับและนำเสนอเฉพาะในภาพรวมทางวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรอิสระที่นำเข้าวิเคราะห์ประกอบด้วยตัวแปรต่อเนื่อง 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม และตัวแปรหุ่นจาก 5 ตัวแปรหลัก ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยพหุคูณครบ 7 ข้อ ได้แก่ การแจกแจงปกติของข้อมูล (Kolmogorov-Smirnov p = .200) ความเป็นเชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม การไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (VIF = 1.042, Tolerance = 0.960) การแจกแจงปกติของความคลาดเคลื่อนจากกราฟ Normal P-P Plot ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) และความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน (Durbin-Watson = 1.910) ผลการตรวจสอบพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.21 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 39.74 อายุเฉลี่ย 35.71 ปี (*SD* = 8.115) ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการมากที่สุดร้อยละ 57.69 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.28 มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.62 ระยะเวลาเฉลี่ย 9.81 ปี (*SD* = 7.571) สถานภาพโสดร้อยละ 69.23 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.97 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 65,294.87 บาท (*SD* = 24,790.346)

ตอนที่ 2 ระดับความฉลาดทางอารมณ์

ผลการวิเคราะห์ความฉลาดทางอารมณ์ของทันตแพทย์โดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M* = 3.91, *SD* = 0.410) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน และระดับปานกลาง 1 ด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการตระหนักรู้ในอารมณ์ตน (*M* = 4.12, *SD* = 0.499) ด้านการ จูงใจตน (*M* = 4.07, *SD* = 0.478) ด้านการ จัดระเบียบอารมณ์ของตน (*M* = 4.04, *SD* = 0.474) ด้านการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (*M* = 3.89, *SD* = 0.536) และด้านทักษะทางสังคม (*M* = 3.63, *SD* = 0.527) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้ ด้านการตระหนักรู้ในอารมณ์ตน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อรู้สึกทุกข์ใจทราบว่าความรู้สึกทุกข์ใจนั้นเกิดจากสาเหตุใด (*M* = 4.29, *SD* = 0.605) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ได้ (*M* = 3.97, *SD* = 0.720) ด้านการจัดระเบียบอารมณ์ของตน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีความซื่อสัตย์และไว้ใจได้ (*M* = 4.45, *SD* = 0.638) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ชอบแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ (*M* = 3.68, *SD* = 0.781) ด้านการจูงใจตน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ (*M* = 4.32, *SD* = 0.634) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ยึดเป้าหมายขององค์กรเป็นแนวทางในการทำงาน (*M* = 3.72, *SD* = 0.701) ด้านการเอาใจเขามาใส่ใจเรา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (*M* = 4.22, *SD* = 0.696) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถให้แนวทางอย่างสร้างสรรค์ในการปรับปรุงข้อบกพร่องผู้อื่น (*M* = 3.53, *SD* = 0.817) และด้านทักษะทางสังคม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีเพื่อนที่พึ่งพาซึ่งกันและกันได้ (*M* = 3.97, *SD* = 0.868) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถพูดโน้มน้าวใจให้ผู้อื่นคล้อยตามได้ (*M* = 3.29, *SD* = 0.758)

ตอนที่ 3 ระดับสมรรถนะหลัก

ผลการวิเคราะห์สมรรถนะหลักของทันตแพทย์โดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน พบว่าสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 4.01, *SD* = 0.432) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการบริการที่ดี (*M* = 4.36, *SD* = 0.496) ด้านจริยธรรม (*M* = 4.06, *SD* = 0.517) ด้านความร่วมแรงร่วมใจ (*M* = 4.03, *SD* = 0.592) และด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์กับด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (*M* = 3.81, *SD* = 0.590) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนดไว้ (*M* = 4.05, *SD* = 0.701) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีส่วนในการกำหนดมาตรฐานในการทำงานของหน่วยงาน (*M* = 3.50, *SD* = 0.977) ด้านการบริการที่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยอย่างสูงสุด (*M* = 4.51, *SD* = 0.575) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ให้บริการตามความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ (*M* = 4.15, *SD* = 0.666) ด้านการ สั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ย

สูงสุดคือ เรียนรู้จากประสบการณ์และความรู้ของผู้อื่น (*M* = 4.17, *SD* = 0.633) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีส่วนร่วมหรือส่วนพัฒนาวิชาการต่าง ๆ ของหน่วยงาน (*M* = 3.14, *SD* = 1.148) ด้านจริยธรรม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ปฏิบัติงานตามหลักจรรยาบรรณของวิชาชีพอย่างเคร่งครัด (*M* = 4.41, *SD* = 0.612) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มักจะเข้า-ออกงานตรงตามเวลา (*M* = 3.56, *SD* = 0.847) และด้านความร่วมแรงร่วมใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานอยู่เสมอ (*M* = 4.26, *SD* = 0.673) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ เมื่อได้รับงานนอกเหนือจากงานในหน้าที่ มักทำงานนั้นด้วยความเต็มใจ (*M* = 3.63, *SD* = 0.791)

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลัก

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช (*n* = 78)

ตัวแปรพยากรณ์	*b*	*SE*	β	*t*	*p*	Tolerance	*VIF*
ค่าคงที่ (Constant)	0.550	0.291	-	1.892	.062	-	-
ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม	0.779	0.073	.738	10.684	< .001**	.960	1.042
อายุ	0.012	0.004	.219	3.171	.002*	.960	1.042

R = .810, R^2 = .657, Adjusted R^2 = .648, *F* = 71.765, *p* < .001, Durbin-Watson = 1.910

หมายเหตุ: * *p* < .05, ** *p* < .001

จากตารางที่ 1 พบว่ามีตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม (β = .738, *t* = 10.684, *p* < .001) และอายุ (β = .219, *t* = 3.171, *p* = .002) ทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราชได้ร้อยละ 64.80 (Adjusted R^2 = .648) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*F* = 71.765, *p* < .001) เมื่อทันตแพทย์มีความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีสมรรถนะหลักเพิ่มขึ้น 0.779 หน่วย (*b* = 0.779) และเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะทำให้มีสมรรถนะหลักเพิ่มขึ้น 0.012 หน่วย (*b* = 0.012) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่เข้าสู่สมการถดถอย

สมการพยากรณ์สมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช เขียนได้ทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ: $Y = 0.550 + 0.779(X_1) + 0.012(X_2)$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน: $Zy = .738(Zx_1) + .219(Zx_2)$

โดย Y = สมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

X_1 = ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม

X_2 = อายุ

Zy = คะแนนมาตรฐานของสมรรถนะหลัก

Zx_1 = คะแนนมาตรฐานของความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม

Zx_2 = คะแนนมาตรฐานของอายุ

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

ผลการวิจัยพบว่าทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมในระดับสูง (*M* = 3.91, *SD* =

0.410) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า 4 ใน 5 ด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านการตระหนักรู้ในอารมณ์ตนเป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุด (*M* = 4.12) ขณะที่ด้านทักษะทางสังคมเป็นด้านเดียวที่อยู่ในระดับ ปานกลาง (*M* = 3.63)

ตามโมเดลของ Goleman[9] ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าโมเดลจำแนกความฉลาดทางอารมณ์ออกเป็น 5 องค์ประกอบ โดยการตระหนักรู้ในอารมณ์ตนเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาองค์ประกอบอื่น เนื่องจากบุคคลที่รู้จักอารมณ์ตนเองจะสามารถควบคุมจัดการ และแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่วนด้านทักษะทางสังคมที่ต่ำกว่าด้านอื่นบ่งชี้ลักษณะเฉพาะของการปฏิบัติงานทันตกรรมที่ทำงานในพื้นที่จำกัดและตัวต่อตัวกับผู้ป่วยเป็นหลัก จึงมีโอกาสจำกัดในการพัฒนาทักษะการทำงานเชิงสังคมแบบกว้าง

ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยในบุคลากรสุขภาพไทยหลายกลุ่ม การศึกษาของพุทธรักษา สุมงคลธนกุล[11] ในทันตบุคลากรเชียงรายพบว่าความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูงร้อยละ 88.10 ส่วนการศึกษาของวนารัตน์ ชิณพันธ์ และคณะ[17] ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 124 คน พบความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมในระดับสูง (*M* = 4.13, *SD* = 0.37) และยังพบว่าด้านการตระหนักรู้ตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเช่นกัน (*M* = 4.26, *SD* = 0.49) ผลที่สอดคล้องกันในบุคลากรสุขภาพไทยสองวิชาชีพ สะท้อนว่าระบบการคัดเลือกบุคลากรและกระบวนการฝึกอบรมในวิชาชีพได้ส่งเสริมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Mehralian และคณะ[18] ในพยาบาลอิหร่าน 385 คน ที่พบความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ความแตกต่างนี้อาจมาจากบริบททางวัฒนธรรมและระบบสาธารณสุขที่ต่างกัน

2. ระดับสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าทันตแพทย์มีสมรรถนะหลักโดยรวมในระดับดี (*M* = 4.01, *SD* = 0.432) โดยด้านการบริการที่ดีเป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุด (*M* = 4.36) ในขณะที่ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์และด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพมีคะแนนเท่ากันและต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย (*M* = 3.81)

เมื่อพิจารณาตามกรอบสมรรถนะของสำนักงาน ก.พ.[7] ที่กำหนดให้การบริการที่ดีเป็น 1 ใน 5 สมรรถนะหลักของข้าราชการพลเรือน คะแนนที่สูงสุดในด้านนี้สะท้อนลักษณะวิชาชีพที่เน้นการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยอย่างเอาใจใส่ ส่วนด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์และด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพที่อยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นอาจแสดงให้เห็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องเผชิญกับภาระงานบริการจำนวนมาก ทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรในการพัฒนาวิชาการและการสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของวิลาวัลย์ พุตติ[12] ในบุคลากรโรงพยาบาล บ้านโป่ง (*M* = 3.97, *SD* = 0.574) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับใกล้เคียงกัน การศึกษาของเสาวลี รอดการ[19] ในบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา จำนวน 225 คน พบสมรรถนะหลักโดยรวมในระดับสูง (*M* = 4.32, *SD* = 0.46) ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งชี้ลักษณะร่วมของบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ภาคใต้ ส่วนการศึกษาของ กัญญวณัฏฐชนก เผ่าพันธ์ และคณะ[20] ในบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบสมรรถนะหลักในระดับมากเช่นกัน

3. ความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยที่ส่งผลสูงสุด

ในด้านการพยากรณ์สมรรถนะหลัก ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมเป็นตัวพยากรณ์ที่มีน้ำหนักสูงสุดต่อสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ (β = .738, $p < .001$)

โมเดลของ Goleman[9] เสนอว่าบุคลากรที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะสามารถรับรู้และ

จัดการอารมณ์ของตนเองและผู้ป่วยได้ดี ซึ่งนำไปสู่การสื่อสารที่เห็นอกเห็นใจ การแก้ปัญหาเชิงระบบ การสร้างอัตลักษณ์วิชาชีพ ความสามารถในการรับมือกับความเครียด และการตัดสินใจทางคลินิกที่มีคุณภาพ สำหรับทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่อการทำหัตถการและต้องปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ทักษะเหล่านี้กลายเป็นปัจจัยทางจิตใจที่จำเป็นต่อการรักษาคุณภาพการให้บริการ

ในบริบทไทย ผลที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของวนารัตน์ ชิณพันธ์ และคณะ[17] ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์เป็นตัวพยากรณ์สำคัญของความสุขในการทำงาน (β = .354, p < .001) โดยร่วมกับบรรยากาศองค์การอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 50.80

ในบริบทสากล Powell และคณะ[21] ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานจากงานวิจัย 17 เรื่องในบุคลากรสาธารณสุข พบว่าการฝึกอบรมความฉลาดทางอารมณ์มีประสิทธิผลขนาดใหญ่ (SMD = 0.99, 95% CI [0.37, 1.62]) หลักฐานเชิงประจักษ์นี้ยืนยันว่าความฉลาดทางอารมณ์เป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ผ่านโปรแกรมฝึกอบรมที่มีโครงสร้างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนข้อเสนอแนะในการจัดโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สำหรับทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

4. อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลรองลงมา

ผลการวิจัยพบว่าอายุของทันตแพทย์ส่งผลทางบวกต่อสมรรถนะหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .219, p = .002) เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะทำให้สมรรถนะหลักเพิ่มขึ้น 0.012 หน่วย

ในการตีความผลนี้จำเป็นต้องพิจารณาว่าอายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ภายในสูง จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่าอายุเฉลี่ยคือ 35.71 ปี (SD = 8.115) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.81 ปี (SD = 7.571) ซึ่งสะท้อนว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ประสบการณ์ทางวิชาชีพมักเพิ่มขึ้นในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรที่อธิบายความแปรปรวนได้มากกว่าจะเข้าสู่สมการก่อนและกลืนอิทธิพลของตัวแปรที่สัมพันธ์ใกล้ชิด ดังนั้นอายุที่เข้าสมการในการศึกษาครั้งนี้จึงควรตีความในฐานะตัวบ่งชี้แทน ของการสั่งสมประสบการณ์ทางคลินิก มากกว่าจะเป็นผลของอายุที่เพิ่มขึ้นโดยตรง

แนวคิดผู้เริ่มต้นสู่ผู้เชี่ยวชาญ ของ Benner[22] ช่วยอธิบายผลนี้ได้ โดยเสนอว่าการสั่งสมประสบการณ์ทางคลินิกในระยะยาวก่อให้เกิดความรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริงและไม่สามารถถ่ายทอดผ่านหลักสูตรหรือคู่มือได้สมบูรณ์ ทันตแพทย์ที่มีอายุและประสบการณ์มากกว่าจะสั่งสมความสามารถในการจำแนกภาวะแทรกซ้อนที่พบไม่บ่อย การตัดสินใจในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และการปรับเทคนิคการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.81 ปีของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงที่ทันตแพทย์กำลังเปลี่ยนผ่านจากระยะเริ่มต้นวิชาชีพไปสู่ระยะสั่งสมความเชี่ยวชาญ

ผลที่ได้มีแนวโน้มเดียวกับการศึกษาของ Al Jabri และคณะ[23] ที่ศึกษาตัวแปรประสบการณ์การทำงานในบุคลากรสุขภาพในโอมานโดยตรง พบว่าประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี (β = .137, p = .002) และ 8-15 ปี (β = .123, p = .002) ส่งผลทางบวกต่อสมรรถนะหลัก ผลของการศึกษาทั้งสองแม้ใช้ตัวแปรต่างกัน แต่ชี้ในทิศทางเดียวกันว่าการสะสมระยะเวลาในวิชาชีพเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพในระดับสากล

5. ตัวแปรประชากรศาสตร์อื่นไม่เข้าสู่สมการพยากรณ์

ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรประชากรศาสตร์อื่นหลายตัวไม่เข้าสู่สมการพยากรณ์สมรรถนะหลัก ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ทฤษฎีระบบนิเวศของ Bronfenbrenner[24] เสนอว่าตัวแปรด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลมักส่งผลทางอ้อมต่อการพัฒนาผ่านการกำหนดโอกาส ในการเข้าถึงทรัพยากรและประสบการณ์เฉพาะทาง มากกว่าที่จะส่งผลโดยตรง เมื่อมีตัวแปรทางจิตวิทยาเข้ามาในแบบจำลอง อิทธิพลของตัวแปรประชากรศาสตร์จึงถูกกลืน ในบริบทของระบบราชการไทยซึ่งมีโครงสร้างค่าตอบแทนและความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่กำหนดชัดเจนตามอายุงานและตำแหน่ง ความแปรปรวนของรายได้และตำแหน่งสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอายุ ส่งผลให้เมื่ออายุเข้าสู่สมการแล้ว ความแปรปรวนส่วนที่เหลือไม่เพียงพอที่จะสร้างอิทธิพลเพิ่มเติม

ผลที่ได้คล้ายคลึงกับการศึกษาของพงศกร อินทร์เอี่ยม และคณะ[25] ในแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 108 คน ที่พบว่ารายได้ (r = .299, p = .002) และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (r = .290, p = .002) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการปฏิบัติงาน ในขณะที่อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลที่ใกล้เคียงกันชี้ว่าในระบบบริการสาธารณสุขที่มีโครงสร้างค่าตอบแทนและความก้าวหน้าทางวิชาชีพชัดเจน ตัวแปรประชากรศาสตร์มักไม่ส่งผลตรงต่อสมรรถนะอย่างเด่นชัด

6. ปัญหาและข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ (1) รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาเดียว ทำให้สามารถระบุได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลที่ชัดเจนได้ (2) ขอบเขตของการศึกษาจำกัดเฉพาะทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งอาจมีบริบทเฉพาะของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) ผู้บริหารโรงพยาบาลควรจัดโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของทันตแพทย์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

(2) ควรเน้นพัฒนาด้านทักษะทางสังคมเป็นการเฉพาะ โดยเฉพาะการพูดโน้มน้าวใจและการสร้างบรรยากาศความร่วมมือในทีม

(3) ควรสร้างระบบพี่เลี้ยงระหว่างทันตแพทย์อาวุโสกับทันตแพทย์รุ่นใหม่ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

(1) ควรศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่ออกแบบเฉพาะสำหรับทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้พิจารณาและให้การรับรองการวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 19 แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช และหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมทุกแห่งที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และที่สำคัญที่สุด ขอขอบพระคุณทันตแพทย์ทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. World Health Organization; 2022. Available from: https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022
2. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global

Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2025;405(10482):897-910. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02811-3

3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามข้อสังเกตของคณะกรรมาธิการวิสามัญ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568. เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช; 2568.
5. ศูนย์อนามัยที่ 11. รายงานการประชุมติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ครั้งที่ 7 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567. เข้าถึงจาก: https://hpc11.anamai.moph.go.th/
6. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานการประชุมขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุข ครั้งที่ 6/2568 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2568. เข้าถึงจาก: https://dental.anamai.moph.go.th/
7. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือสมรรถนะหลักข้าราชการพลเรือน: คำอธิบายและตัวอย่างพฤติกรรมบ่งชี้. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2553.
8. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagin Cogn Pers. 1990;9(3):185-211. https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG
9. Goleman D. Emotional intelligence: why it can matter more than IQ. New York (NY): Bantam Books; 1995.
10. Farah-Franco SM, Fung B, Taylor LC, Chui B, Islamoglu H, Stevenson RD. Emotional intelligence and academic performance: a retrospective study of ten dental classes. J Dent Educ. 2025;89(4):548-66. https://doi.org/10.1002/jdd.13788
11. พุทธรักษา สุมงคลธนกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และสมรรถนะหลักของทันตบุคลากรในจังหวัดเชียงราย [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2563.
12. วิลาวัลย์ พุตติ. การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2562;4(3):e0066.
13. จิริสุดา บัวผัน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554;16(6):679-92.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10. https://doi.org/10.1177/001316447003000308
15. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55.
16. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
17. วนารัตน์ ชิณพันธ์, เรณุการ์ ทองคำรอด, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2568;9(3):e280849.
18. Mehralian G, Bordbar S, Bahmaei J, Yusefi AR. Examining the impact of emotional intelligence on job performance with the mediating role of clinical competence in nurses: a structural equation approach. BMC Nurs. 2025;24:384. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03002-2
19. เสาวลี รอดการ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา. วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ. 2568;1(2):e6684.
20. กัญญวณัฏฐชนก เผ่าพันธ์, กำพล เข็มทอง, ฉัตรปวีณ์ เมษะพงศ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):287-99.
21. Powell C, Brown T, Yap Y, Hallam K, Takac M, Quinlivan T, et al. Emotional intelligence training among the healthcare workforce: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol. 2024;15:1437035. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1437035

22. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984.
23. Al Jabri F, Kvist T, Turunen H. Core competencies of healthcare professionals in Oman: research and evidence-based practice needs attention. Nurs Open. 2023;10(4):2053-65. https://doi.org/10.1002/nop2.1453
24. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.
25. พงศกร อินทร์เอี่ยม, ประจักร บัวผัน, สุรชัย พิมหา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566;16(2):97-116.

การวิเคราะห์ ความแตกต่างลักษณะทางเพศย้อนหลัง ในทางคลินิกและการพยากรณ์โรคของภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี ตามการจำแนกของสแตนฟอร์ด

Sex-Related Variations in Clinical Features and Prognosis of Stanford Type B Aortic Dissection: A Single-Center Retrospective Analysis.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 2,2026)

เคอ จาง[1] พิมพร ทองเมือง[2] สาริศักดิ์ สุนทรชัย[2] กวงชิว ฉิน[3]
Ke Zhang[1], Pimporn Thongmuang[2] Sarisak Soontornchai[2] Guangqiu Qin[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางเพศกับลักษณะทางคลินิก กลยุทธ์การรักษา และผลลัพธ์ระยะสั้นในผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี (Type B Aortic Dissection: TBAD) ตามการจำแนกของสแตนฟอร์ด เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective study) ประชากรคือผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะ TBAD ที่ศูนย์ศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลแรงงาน เมืองหลิวโจว มณฑลกว่างซี สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนที่พัฒนาตามแนวทาง STROBE เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลร่วมกับรหัส ICD-10 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ การทดสอบที สถิติแมนน์-วิทนีย์ ยู สถิติไคสแควร์ ฟิชเชอร์ เอ็กแซกท์เทสต์ และการวิเคราะห์ถดถอยค็อกซ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยทั้งหมด 76 ราย ประกอบด้วยเพศหญิง 16 ราย (ร้อยละ 21.1) และเพศชาย 60 ราย (ร้อยละ 78.9) ผู้ป่วยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มป่วยสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ (68.3 ± 12.4 ปี เทียบกับ 56.0 ± 12.6 ปี; $P < 0.001$) 2) ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 92.1) พบความแตกต่างทางเพศอย่างมีนัยสำคัญในโรคเบาหวานและภาวะหัวใจล้มเหลว ($P < 0.050$) ระดับ D-dimer แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศ ($P = 0.007$) 3) ผู้ป่วย 53 ราย (ร้อยละ 69.7) ได้รับการรักษาด้วยหัตถการผ่านหลอดเลือด ไม่พบความแตกต่างทางเพศในการจัดสรรการรักษา ($P = 0.069$) 4) อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน อยู่ที่ร้อยละ 5.3 ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างเพศ ($P = 0.193$)

คำสำคัญ: หลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี, ความแตกต่างทางเพศ, ผลลัพธ์การรักษา, การศึกษาย้อนหลัง

Abstract

The objective of this study was to examine the relationship between sex-based differences and clinical presentations, management strategies, and early outcomes among patients with Stanford Type B Aortic Dissection (TBAD). A retrospective descriptive study was conducted. The population comprised all consecutive patients admitted with confirmed TBAD at the Vascular Interventional Surgery Center of Workers' Hospital, Liuzhou, Guangxi, China, from January 1 to June 30, 2022. The sample consisted of 76 patients selected by purposive sampling. The research instrument was a medical record form developed in accordance with STROBE guidelines. Data collection was conducted through the hospital's electronic health information system together with ICD-10 codes. Data analysis utilized descriptive statistics, mean, standard

[1] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
[2] มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
[3] มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนกว่างซี เมืองหนานหนิง สาธารณรัฐประชาชนจีน Corresponding author E-mail: Pimporn.th@ssru.ac.th

deviation, median, interquartile range, t-test, Mann–Whitney U test, Chi-square test, Fisher's exact test, and Cox regression analysis.

The findings revealed that: 1) of the 76 patients, 16 (21.1%) were female and 60 (78.9%) were male; female patients demonstrated a significantly higher mean age at onset compared with males (68.3 ± 12.4 vs. 56.0 ± 12.6 years; P < 0.001); 2) hypertension was the most prevalent risk factor (92.1%); significant sex-based differences were observed for diabetes and heart failure (P < 0.050), and D-dimer levels differed significantly between sexes (P = 0.007); 3) endovascular procedures were performed in 53 patients (69.7%), with no significant sex-based variation in treatment allocation (P = 0.069); 4) the 30-day in-hospital mortality was 5.3%, showing no significant divergence between sexes (P = 0.193).

Keywords: Type B aortic dissection, Sex differences, Treatment outcomes, Retrospective study

บทนำ

ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด (Aortic Dissection: AD) เป็นภาวะฉุกเฉินทางหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรง เกี่ยวข้องกับการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ และเป็นพยาธิสภาพเฉียบพลันที่พบบ่อยที่สุดของหลอดเลือดแดงใหญ่ [1] โดยภาวะนี้ได้รับการยืนยันครั้งแรกผ่านการตรวจชันสูตรศพโดย Levinson และคณะ ในปี ค.ศ. 1950 [2] ข้อมูลทางระบาดวิทยาจากภูมิภาคต่าง ๆ รายงานอัตราการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ได้แก่ ประมาณ 6 ต่อ 100,000 ประชากรในสหราชอาณาจักร [3] 7.2 ต่อ 100,000 ในสวีเดน [4] 4.7 ต่อ 100,000 ในประเทศอิตาลี [5] 10 ต่อ 100,000 ในสหรัฐอเมริกา [6] 17.9 ต่อ 100,000 ในจังหวัดมิยาซากิ ประเทศญี่ปุ่น [7] และ 2.8 ต่อ 100,000 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน [8] อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 10-30 ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตหลังการวินิจฉัยในระยะยาวอาจสูงถึงร้อยละ 50 [5,6,9]

จากมุมมองทางพยาธิวิทยา ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดเกิดจากการฉีกขาดของชั้นอินทิมา (Intima) ของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ทำให้เลือดไหลเข้าไประหว่างชั้นอินทิมาและชั้นมีเดีย (Media) กลไกการเกิดโรคมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ กระบวนการอักเสบ [10] การเปลี่ยนแปลงฟีโนไทป์ของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ [11] ความผิดปกติของการทำงานของเอนโดทีเลียม [12] การย่อยสลายของเมทริกซ์นอกเซลล์ [10] และความเครียดออกซิเดทีฟ [13] ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ อายุมาก [14] เพศ [15] ความดันโลหิตสูง [16] เบาหวาน [17] และโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการมาร์แฟน [18] และกลุ่มอาการเอห์เลอร์ส-ดานลอส [11] ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี (Type B Aortic Dissection: TBAD) คิดเป็นร้อยละ 25-40 ของผู้ป่วยทั้งหมด [19] และอัตราการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในเจ็ดวันแรก [20,21]

วรรณกรรมที่มีอยู่เกี่ยวกับความแตกต่างทางเพศในภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ภาวะชนิดเอ [20] สำหรับ TBAD การศึกษาจากกรุงโตเกียวพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมักเริ่มป่วยในอายุที่มากกว่าและมีอัตราการเกิดเลือดคั่งในผนังหลอดเลือดที่สูงกว่า [22] งานวิจัยจากสหรัฐอเมริการะบุว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีระยะเวลาอาการก่อนการทำหัตถการซ่อมแซมหลอดเลือดแดงใหญ่ทรวงอกผ่านหลอดเลือด (Thoracic Endovascular Aortic Repair: TEVAR) ที่ยาวนานกว่า โดยไม่พบความแตกต่างทางเพศในอัตราการเสียชีวิต [23] ส่วนการศึกษาหลายศูนย์จากเนเธอร์แลนด์รายงานว่าไม่พบความแตกต่างทางเพศที่มีนัยสำคัญในลักษณะการแสดงอาการ โรคร่วม หรือผลลัพธ์ [24]

จากข้อมูลข้างต้น แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับ TBAD เพิ่มขึ้น แต่ผลการวิจัยยังคงขัดแย้งกันและยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรเอเชียตะวันออก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา

ความแตกต่างทางเพศในด้านลักษณะทางคลินิก แนวทางการรักษา และผลลัพธ์ระยะสั้นในผู้ป่วยภาวะ TBAD ณ ศูนย์การแพทย์เดียวในเขตมณฑลกว่างซี สาธารณรัฐประชาชนจีน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จำแนกตามเพศ และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยขนาดใหญ่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางเพศกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางเพศกับกลยุทธ์การรักษาของผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางเพศกับผลลัพธ์ระยะสั้นภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective study) จากศูนย์การแพทย์เดียว ดำเนินการตามแนวทาง STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะ TBAD ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลแรงงาน เมืองหลิวโจว มณฑลกว่างซี สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งสิ้น 93 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 76 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการยืนยันว่าเป็น TBAD ครั้งแรกจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือด (Computed Tomography Angiography: CTA) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology: ESC) ปี ค.ศ. 2014 [25] ที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ประเมินสองคน 3) สามารถระบุตัวตนได้โดยใช้รหัส ICD-10

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ทรวงอกโป่งพอง เลือดคั่งในผนังหลอดเลือดแยกเดี่ยว หรือแผลทะลุ 2) ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรง ภาวะตับวายหรือไตวาย 4) โรคหลอดเลือดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม 5) โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง 6) ผู้ป่วยที่มีการฉีกขาดจากอุบัติเหตุหรือเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทาง STROBE ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 2) โรคร่วมและปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง ปอดอักเสบ หลอดเลือดแข็ง การสูบบุหรี่ ภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลว 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ ระดับ D-dimer 4) วิธีการรักษาและผลลัพธ์ภายใน 30 วัน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหลอดเลือด

การจำแนกประเภทและนิยามศัพท์

ใช้ระบบการจำแนกของสแตนฟอร์ด [26] ความดันโลหิตสูงนิยามตามแนวทางของจีน พ.ศ. 2561 [27] เบาหวานนิยามตามแนวทางของจีน พ.ศ. 2563 กลุ่มอายุแบ่งที่ 60 ปี และหัตถการผ่านหลอดเลือดดำเนินการตามฉันทามติผู้เชี่ยวชาญของจีน พ.ศ. 2565 [28]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากระบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

แรงงาน เมืองหลิวโจว ซึ่งเป็นสถาบันสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองระดับ 3-A และมีเตียงผู้ป่วย 3,133 เตียง โดยใช้รหัส ICD-10 ในการระบุผู้ป่วย ตัวแปรที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย ข้อมูลประชากรศาสตร์ โรคร่วม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล หัตถการที่ได้รับ และอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกด้วยโปรแกรม FreeStatistics V2.0 ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที (t-test) ข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงปกตินำเสนอเป็นค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอร์ไทล์) และเปรียบเทียบด้วยสถิติแมนน์-วิทนีย์ ยู (Mann–Whitney U test) ตัวแปรจัดประเภทนำเสนอเป็น n (ร้อยละ) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หรือฟิชเชอร์ เอ็กแซกท์เทสต์ (Fisher's exact test) ใช้การวิเคราะห์ถดถอยค็อกซ์ (Cox regression) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.050$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแรงงาน เมืองหลิวโจว และดำเนินการตามปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) โดยได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมจากผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง

ผลการวิจัย

จากผู้ป่วยเริ่มต้น 93 ราย มีผู้ป่วย 76 ราย ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วยเพศหญิง 16 ราย (ร้อยละ 21.1) และเพศชาย 60 ราย (ร้อยละ 78.9) ผู้ป่วยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ (68.3 ± 12.4 ปี เทียบกับ 56.0 ± 12.6 ปี; $P < 0.001$) ความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 92.1) พบความแตกต่างทางเพศอย่างมีนัยสำคัญสำหรับเบาหวาน ($P < 0.001$) และภาวะหัวใจล้มเหลว ($P = 0.042$) ระดับ D-dimer แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศ ($P = 0.007$) ผู้ป่วย 53 ราย (ร้อยละ 69.7) ได้รับหัตถการผ่านหลอดเลือด โดยไม่พบความแตกต่างทางเพศอย่างมีนัยสำคัญในการจัดสรรการรักษา ($P = 0.069$) อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน อยู่ที่ร้อยละ 5.3 โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ ($P = 0.193$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ

Variables	Total (n=76)	Female (n=16)	Male (n=60)	P value
Age, Mean ± SD	58.6 ± 13.4	68.3 ± 12.4	56.0 ± 12.6	<0.001
Nationality, n (%)				0.115
Han	43 (56.6)	9 (56.2)	34 (56.7)	
Zhuang	21 (27.6)	2 (12.5)	19 (31.7)	
Other	12 (15.8)	5 (31.2)	7 (11.7)	
Hospital stay, Mean ± SD	16.9 ± 8.8	13.6 ± 9.1	17.7 ± 8.6	0.093
Hypertension, n (%)	70 (92.1)	14 (87.5)	56 (93.3)	0.600
Pneumonia, n (%)	60 (78.9)	10 (62.5)	50 (83.3)	0.089

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ

Variables	Total (n=76)	Female (n=16)	Male (n=60)	P value
Atherosclerosis, n (%)	51 (67.1)	14 (87.5)	37 (61.7)	0.051
Smoking, n (%)	28 (36.8)	3 (18.8)	25 (41.7)	0.091
Pleural effusion, n (%)	23 (30.3)	9 (56.2)	14 (23.3)	0.016
Hyperlipidemia, n (%)	19 (25.0)	4 (25.0)	15 (25.0)	1.000
Diabetes, n (%)	7 (9.2)	6 (37.5)	1 (1.7)	<0.001
CKD, n (%)	4 (5.3)	1 (6.2)	3 (5.0)	1.000
Heart failure, n (%)	2 (2.6)	2 (12.5)	0 (0)	0.042
D-dimer, Median (IQR)	2.6 (1.3, 7.7)	8.2 (2.7, 9.0)	2.4 (1.0, 5.0)	0.007
Treatment, n (%)				0.069
Conservative	23 (30.3)	8 (50.0)	15 (25.0)	
Endovascular	53 (69.7)	8 (50.0)	45 (75.0)	
30-day mortality, n (%)	4 (5.3)	2 (12.5)	2 (3.3)	0.193

หมายเหตุ: ค่าที่นำเสนอเป็น n (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอร์ไทล์)

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวแสดงในตารางที่ 2 พบว่า อายุ 60 ปีขึ้นไปและภาวะหลอดเลือดแข็งแสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเพศ (HR = 0.43, 95% CI = 0.25-0.74, P = 0.002 และ HR = 0.53, 95% CI = 0.32-0.91, P = 0.024 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวของลักษณะทางคลินิกที่สัมพันธ์กับเพศ

Variable	HR (95% CI)	P value
Age ≥ 60	0.43 (0.25, 0.74)	0.002
Nationality	1.30 (0.74, 2.27)	0.245
Hypertension	1.51 (0.55, 4.16)	0.401
Hyperlipidemia	0.91 (0.51, 1.63)	0.743
Atherosclerosis	0.53 (0.32, 0.91)	0.024
Smoking	1.41 (0.84, 2.35)	0.199
D-dimer (mg/L)	0.95 (0.89, 1.01)	0.102
Treatment methods	1.56 (0.87, 2.80)	0.126

เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับเพศมาวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร โดยใช้แบบจำลองที่ปรับตัวแปรร่วมแบบขั้นตอน พบว่าหลังการปรับตัวแปรแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ 60 ปีขึ้นไปกับเพศยังคงมีนัยสำคัญในแบบจำลองที่ 1 (HR = 0.46, 95% CI = 0.26-0.80, P = 0.006) แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญในแบบจำลองที่ 2-4 ที่ได้ปรับตัวแปรร่วมเพิ่มเติม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรของอายุกับเพศหลังปรับตัวแปรร่วม

Variable	HR (95% CI)	P value
Model 1	0.46 (0.26, 0.80)	0.006
Model 2	0.62 (0.35, 1.09)	0.100
Model 3	0.66 (0.37, 1.18)	0.162
Model 4	0.70 (0.39, 1.24)	0.220

หมายเหตุ: Model 1: Age ≥ 60; Model 2: + Hypertension, Hyperlipidemia, Atherosclerosis, Smoking, Diabetes; Model 3: + D-dimer; Model 4: + Treatment

ผลการวิเคราะห์ถดถอยค็อกซ์แบบตัวแปรเดียวสำหรับการรอดชีวิตภายใน 30 วัน ไม่พบตัวแปรใดที่เป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ และการวิเคราะห์แคปแลน-ไมเออร์ (Kaplan–Meier) ยืนยันว่าไม่พบความแตกต่างของอัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศ (log-rank P = 0.150

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่สำคัญคือความไม่สมมาตรทางเพศอย่างชัดเจนในอุบัติการณ์ของโรค โดยเพศชายมีอัตราการป่วยสูงกว่าเพศหญิงประมาณสี่เท่า และเริ่มป่วยในอายุที่น้อยกว่า (56.0 ปี เทียบกับ 68.3 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทะเบียนทั้งในและต่างประเทศ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีมีความเสี่ยงสูงขึ้น โดยความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 92.1) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Takahashi และคณะ [22] ที่รายงานว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็น TBAD มักเริ่มป่วยในอายุที่มากกว่าเพศชาย ปัจจัยที่อาจอธิบายความแตกต่างนี้คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจนที่อาจมีบทบาทในการปกป้องผนังหลอดเลือดในเพศหญิงก่อนวัยหมดประจำเดือน

แม้จะมีความแตกต่างทางประชากรศาสตร์ดังกล่าว แต่ทั้งเพศและอายุไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากปรับตัวแปรกวนแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Filiberto และคณะ [23] และ Meccanici และคณะ [24] ที่ไม่พบความแตกต่างทางเพศอย่างมีนัยสำคัญในผลลัพธ์ระยะสั้นของผู้ป่วย TBAD แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการดูแลรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยทั้งสองเพศมีโอกาสรอดชีวิตในระยะสั้นใกล้เคียงกัน

ผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้มได้รับการรักษาด้วยหัตถการผ่านหลอดเลือดมากกว่า (ร้อยละ 75.0 เทียบกับร้อยละ 50.0 ในเพศหญิง) แม้จะไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.069) แต่แนวโน้มนี้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษา TBAD ทั่วโลกที่ใช้หัตถการแบบ TEVAR เพิ่มขึ้น [29] ทั้งนี้ ระดับ D-dimer ของผู้ป่วยเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจสะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพหรือภาวะลิ่มเลือดในผนังหลอดเลือดที่แตกต่างกันระหว่างเพศ จากมุมมองสาธารณสุข กลยุทธ์ทางคลินิกที่จำแนกตามเพศจึงมีความจำเป็นเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้ 1) การออกแบบการวิจัยแบบย้อนหลังจำกัดการอนุมานเชิงสาเหตุ 2) ขนาดตัวอย่างค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะกลุ่มเพศหญิงซึ่งมีเพียง 16 ราย ส่งผลต่อกำลังทางสถิติ 3) การออกแบบจากศูนย์เดียวอาจทำให้เกิดอคติเชิงพื้นที่และไม่สามารถนำผลไปใช้กับประชากรในวงกว้างได้ ดังนั้น จึงแนะนำให้มีการศึกษาแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบว่า แม้จะมีความแตกต่างทางเพศในอายุเมื่อเริ่มป่วยและลักษณะของโรคร่วมบางประการในผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดชนิดบี โดยเพศหญิงเริ่มป่วยในอายุที่มากกว่า มีระดับ D-dimer สูงกว่า และมีอัตราการเกิดเบาหวานและภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศชาย แต่ไม่พบความแตกต่างทางเพศที่มีนัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรืออัตราการรอดชีวิตระยะสั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความแตกต่างทางเพศในลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย TBAD เพื่อการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

2) ควรพัฒนาแนวทางการดูแลที่จำแนกตามเพศ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศหญิงสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายประการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ เพื่อให้ความกระจ่างเกี่ยวกับนัยสำคัญในการพยากรณ์โรคระยะยาวของตัวแปรทางเพศในภาวะ TBAD

2) ควรศึกษาบทบาทของฮอร์โมนเพศและกลไกระดับโมเลกุลที่อธิบายความแตกต่างทางเพศในพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงใหญ่

3) ควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาวเกินกว่า 30 วัน เช่น ที่ 1 ปี และ 5 ปี เพื่อประเมินผลกระทบของเพศต่อการพยากรณ์โรคในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ของศูนย์ศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลแรงงาน เมืองหลิวโจว มณฑลกว่างซี สาธารณรัฐประชาชนจีน สำหรับการสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black J, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA guideline for the diagnosis and management of aortic disease. Circulation. 2022;146(24):e334-e482.
2. Levinson DC, Edmeades DT, Griffith GC. Dissecting aneurysm of the aorta: its clinical, electrocardiographic and laboratory features. Circulation. 1950;1(3):360-387.
3. Howard DPJ, Banerjee A, Fairhead JF, Perkins J, Silver LE, Rothwell PM. Population-based study of incidence and outcome of acute aortic dissection. Circulation. 2013;127(20):2031-2037.
4. Smedberg C, Steuer J, Leander K, Hultgren R. Sex differences and temporal trends in aortic dissection. European Heart Journal. 2020;41(26):2430-2438.
5. Pacini D, Di Marco L, Fortuna D, Belotti LMB, Gabbieri D, Zussa C. Acute aortic dissection: epidemiology and outcomes. International Journal of Cardiology. 2012;167(6):2806-2812.
6. Mody PS, Wang Y, Geirsson A, Kim N, Desai MM, Gupta A. Trends in aortic dissection hospitalizations among Medicare beneficiaries, 2000-2011. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2014;7(6):920-928.

7. Yamaguchi T, Nakai M, Sumita Y, Miyamoto Y, Ichihara N, Kubo S. Population-based incidence and outcomes of acute aortic dissection in Japan. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care. 2021;10(7):701-709.
8. Xia L, Li JH, Zhao K, Wu HY. Incidence and in-hospital mortality of acute aortic dissection in China: analysis of CHIRA data 2011. Journal of Geriatric Cardiology. 2015;12(5):502-506.
9. Grommes J, Greiner A, Grommes C, Pukrop T, Torsello G, Zimmermann W. Risk factors for mortality and failure of conservative treatment after aortic type B dissection. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2014;148(5):2155-2160.
10. Bersi MR, Khosravi R, Wujciak AJ, Harrison DG, Humphrey JD. Differential cell-matrix mechanoadaptations and inflammation drive regional propensities to aortic fibrosis, aneurysm or dissection in hypertension. Journal of the Royal Society Interface. 2017;14(136):20170327.
11. Yang K, Ren J, Li X, Wang Z, Xue L, Cui S. Prevention of aortic dissection and aneurysm via an ALDH2-mediated switch in vascular smooth muscle cell phenotype. European Heart Journal. 2020;41(26):2442-2453.
12. Toral M, de la Fuente-Alonso A, Campanero MR, Redondo JM. The NO signalling pathway in aortic aneurysm and dissection. British Journal of Pharmacology. 2021;179(7):1287-1303.
13. Xia L, Sun Z, Li J, Zhang Y, Zhang J, Wang J. Melatonin protects against thoracic aortic aneurysm and dissection through SIRT1-dependent regulation of oxidative stress. Journal of Pineal Research. 2020;69(1):e12661.
14. Wang W, Duan W, Xue Y, Wang L, Liu J, Yu S. Clinical features of acute aortic dissection from the Registry of Aortic Dissection in China. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2014;148(6):2995-3000.
15. Tang X, Wu M, Wang Y, Li X, Hu D, Wang C. Incidence and survival of aortic dissection in urban China. The Lancet Regional Health - Western Pacific. 2021;17:100280.
16. Hibino M, Otaki Y, Kobeissi E, Pan H, Hibino H, Taddei C, et al. Blood pressure, hypertension, and the risk of aortic dissection incidence and mortality. Circulation. 2022;145(9):633-644.
17. Reutersberg B, Trenner M, Haller B, Sievers HH, Becker C, Reeps C. Hospital incidence and in-hospital mortality of surgically and interventionally treated aortic dissections. Journal of the American Heart Association. 2019;8(8):e011402.
18. de Beaufort HWL, Trimarchi S, Franke DJ, de Groot EL, Bavaria JE, Czerny M. Aortic dissection in patients with Marfan syndrome based on the IRAD data. Annals of Cardiothoracic Surgery. 2017;6(6):633-641.
19. Zheng C. Clinical guidelines for imaging diagnosis and interventional treatment of Stanford type B aortic dissection in China. Chinese Journal of Radiology. 2023;57(5):457-473.
20. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Di Eusanio M, Sechtem U, et al. Insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection. Circulation. 2018;137(17):1846-1860.
21. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). JAMA. 2000;283(7):897.
22. Takahashi T, Hotta K, Tanaka A, Yoshida S, Igarashi T, Miyahara S. Sex-related differences in clinical features and in-hospital outcomes of type B acute aortic dissection. Journal of the American Heart Association. 2022;11(9):e024147.
23. Filiberto AC, Jeon-Slaughter H, Goel K, Sharma V, Coselli JS, de la Cruz KI. Sex-based differences in patients undergoing TEVAR for acute complicated type B dissection. Journal of Vascular Surgery. 2022;76(5):1198-1204.

24. Meccanici F, van Bakel TMJ, Defined E, Trimarchi S, Elenbaas T, Heijmen R. Male-female differences in acute type B aortic dissection. Journal of the American Heart Association. 2024;13(1):e029258.
25. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. European Heart Journal. 2014;35(41):2873-2926.
26. Daily PO, Trueblood HW, Stinson EB, Wuerflein RD, Shumway NE. Management of acute aortic dissections. Annals of Thoracic Surgery. 1970;10(3):237-247.
27. Liu L, Wu Y, Wang J, Zhang L, Ma L, Li Y. Guidelines for the prevention and treatment of hypertension in China (2018 revised edition). Chinese Journal of Cardiology. 2018;24(1):24-54.
28. Fu WG, Chen Z. Chinese expert consensus on diagnosis and treatment of Stanford type B aortic dissection (2022 edition). Chinese Journal of Vascular Surgery (Electronic Version). 2022;14(2):119-130.
29. Jonker FHW, Trimarchi S, Muhs BE, Rampoldi V, Montgomery DG, Balm R. Acute type B aortic dissection complicated by visceral ischemia. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2014;149(4):1081-1086.

ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์

Efficiency of Wastewater Treatment with Activated Sludge Process.

(Received: May 26,2026 ; Revised: June 5,2026 ; Accepted: June 7,2026)

ธีรภพ เอื้อเจริญทรัพย์[1] ชาญเดช แสงงาม[2] อจลา ประชาญสิทธิ์[3] นันทวรรณ จินากุล[4]
Teeraphob Ueacharoensab[1], Chandetch Sangngam[2], Achala Prachansit[3], Nanthawan Jinakul[4]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 – ธันวาคม 2568 มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของน้ำเสียก่อนและหลังการบำบัดตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SEM) และร้อยละ (Percentage) และเพื่อวิเคราะห์ปริมาณน้ำที่แปรใช้ใหม่หลังการบำบัดโดยใช้จำนวนและร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่าน้ำหลังการบำบัดก่อนปล่อยออกเป็นน้ำทิ้งสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกพารามิเตอร์ ส่วนปริมาณน้ำที่แปรมาใช้ใหม่หลังการบำบัดโดยเปรียบเทียบปริมาณน้ำที่ใช้ทั้งหมดรวมทั้งสิ้น 15,151 ลูกบาศก์เมตร มีปริมาณน้ำที่แปรมาใช้รดน้ำต้นไม้ปริมาณ 3,108 ลูกบาศก์เมตร คิดเป็นร้อยละ 20.51 ซึ่งระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพในการควบคุมคุณภาพน้ำทิ้งก่อนระบายออกสู่สาธารณะช่วยรักษาสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศรวมทั้งช่วยประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายของน้ำในการรดน้ำต้นไม้ภายในคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลได้

คำสำคัญ: การบำบัดน้ำเสีย ระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ น้ำเสีย น้ำทิ้ง ระบบเอสบีอาร์

Abstract

This study was an evaluation research project conducted from January 2025 to December 2025. The aims were to compare the quality of wastewater before and after treatment, analyzed via median, minimum (Min), maximum (Max), standard error of the mean (SEM) and percentage using the standard criteria for building effluent regulations and to analyze the volume of reclaimed water post-treatment using frequency and percentage.

The results indicate that the treated effluent, prior to discharge into the public sewer system, complied with all regulatory standards across every parameter. The total reclaimed water was 15,151 cubic meters. The 3,108 cubic meters (20.51%) of reclaimed water were reclaimed for landscape irrigation. Consequently, the wastewater treatment system demonstrates high efficiency in controlling effluent quality before public discharge, thereby contributing to environmental and ecological preservation, while effectively reducing water budget for landscape irrigation at the Faculty of Pharmacy, Mahidol University.

Keywords: Wastewater treatment, Activated sludge system, Wastewater, Effluent, SBR system

บทนำ

แนวคิดหลักมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสีเขียว (Greens University) ได้กำหนดผังแม่บทโดยมีแนวคิดในการพัฒนามหาวิทยาลัยมหิดลที่มีองค์ประกอบด้านกายภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะสร้าง “เมืองมหาวิทยาลัยแห่งการเรียนรู้และอยู่ร่วมกันกับธรรมชาติ” (A Promise Place to Live and Learn Together with Nature) มีการกำหนดกลยุทธ์ 3 Greens ในการพัฒนามหาวิทยาลัยสีเขียวซึ่งการปรับปรุง

[1] วิศวกรเครื่องกล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[2] วิศวกรไฟฟ้า ชำนาญการพิเศษ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[3] นักวิทยาศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[4] นักวิทยาศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Corresponding author, E-mail: nanthawan.jin@mahidol.ac.th

สภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษด้วยเทคโนโลยีในด้านต่างๆ โดยระบบบำบัดน้ำเสียเพื่อใช้รดน้ำต้นไม้เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ Greens 1 Save and Healthy Campus เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและบรรยากาศที่ดีและปลอดภัยในการทำงานรวมทั้งเพื่อปกป้องสภาพแวดล้อมในพื้นที่มหาวิทยาลัยมหิดลและพื้นที่ชุมชนโดยรอบ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีพันธกิจด้านการเรียนการสอน งานวิจัยและบริการวิชาการมีอาคารทั้งหมด 3 อาคารต้องใช้น้ำเพื่อการดำเนินการตามพันธกิจดังกล่าวทำให้เกิดมีน้ำเสียลงไปในบ่อบำบัดน้ำเสียเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะน้ำเสียจากห้องปฏิบัติการทดลองซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่สำคัญ การจัดการน้ำเสียจึงมีความสำคัญมากหากระบบการบำบัดน้ำเสียไม่สมบูรณ์และไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดมีสารพิษหรือสารอันตรายไหลลงท่อระบายน้ำและปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมได้ ปัจจุบันระบบบำบัดน้ำเสียของคณะเภสัชศาสตร์เป็นระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ (Activated Sludge หรือ AS) แบบ Sequencing Batch Reactor (SBR) ที่สามารถรองรับน้ำเสียได้ 150 ลูกบาศก์เมตรต่อวันซึ่งตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภท และบางขนาด ซึ่งได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 141 ตอนพิเศษ 233 ง วันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ.2567 (อาคารประเภท ก อาคารโรงเรียนเอกชน โรงเรียนของทางราชการ สถาบันอุดมศึกษาของเอกชนหรือสถาบันอุดมศึกษาของทางราชการที่มีพื้นที่ใช้สอยรวมกันทุกชั้นของอาคารหรือกลุ่มของอาคารตั้งแต่ 25,000 ตารางเมตรขึ้นไป)[1] คณะกรรมการควบคุมมลพิษและโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติได้กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคาร ประเภท ก. ไว้ให้ทุกภาคส่วนปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดโดยกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารไว้ตามพารามิเตอร์ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ กฎกระทรวงฉบับที่ 71 พ.ศ. 2566 ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522[2] เป็นกฎหมายที่มุ่งเน้นการปรับปรุงมาตรฐานระบบบำบัดน้ำเสียของอาคารบางประเภทให้มีความเหมาะสมและชัดเจนขึ้นโดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อกำหนดเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสียและการระบายน้ำทิ้งโดยเฉพาะในกลุ่มอาคารขนาดเล็กและอาคารบางประเภทให้ครอบคลุมขึ้นซึ่งได้มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของระบบบำบัดน้ำเสียสำหรับอาคารแต่ละประเภทให้ชัดเจนเพื่อควบคุมคุณภาพน้ำทิ้งก่อนระบายออกสู่สาธารณะเพื่อช่วยรักษาสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัยโดยรวมป้องกันมลพิษทางน้ำและผลกระทบต่อระบบนิเวศ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียโดยวิเคราะห์คุณภาพน้ำจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการและนำมาเปรียบเทียบผลของน้ำเสียก่อนและหลังการบำบัดตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และปริมาณน้ำที่แปรมาใช้ใหม่หลังการบำบัด (Recycle) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียรวมทั้งพัฒนากลยุทธ์ให้เกิดกระบวนการทำงานของคณะฯ ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของน้ำเสียก่อนและหลังการบำบัดตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคาร
2. เพื่อวิเคราะห์ปริมาณน้ำที่แปรใช้ใหม่หลังการบำบัด

วิธีการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) นำผลที่ได้มาเปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดน้ำเสียโดยมีระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง

น้ำเสียก่อนบำบัดซึ่งเป็นน้ำเสียจากอาคารโดยเก็บตัวอย่างน้ำจากท่อระบายน้ำบ่อเกรอะ จำนวน 12 ตัวอย่าง

น้ำหลังบำบัดซึ่งเป็นน้ำทิ้งจากระบบบำบัดเก็บจากจุดสุดท้ายของระบบก่อนปล่อยออก จำนวน 12 ตัวอย่าง

การเก็บตัวอย่างน้ำ

การเก็บตัวอย่างน้ำเสีย ใช้วิธีการเก็บตัวอย่างแบบจ้วง (Grab Sampling) ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2567 เป็นการเก็บตัวอย่างเป็นครั้งๆ จุดละ 1 ตัวอย่าง ดำเนินการเก็บตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบฉลากข้างขวดบรรจุตัวอย่างให้ถูกต้องตามจุดเก็บและสถานที่เก็บตัวอย่างพร้อมบันทึกวันที่และเวลาที่เก็บตัวอย่าง

2. สวมถุงมือก่อนทำการเก็บตัวอย่างน้ำ

3. นำอุปกรณ์เก็บตัวอย่างตักน้ำใส่ถังน้ำและกลั้วถังน้ำ แล้วเทน้ำทิ้งเพื่อชะสิ่งปนเปื้อน ที่อาจตกค้าง

4. เก็บตัวอย่างน้ำใส่ถังน้ำและตักน้ำแบ่งใส่ขวดเก็บตัวอย่างทั้งหมดประมาณ 1/4 ของขวด ปิดฝาและเขย่าขวด เทน้ำในขวดทิ้ง (rinse) (ยกเว้นขวด Oil ไม่ต้อง rinse)

5. ตักตัวอย่างน้ำแบ่งใส่ขวดเก็บตัวอย่างทั้งหมดและหมุนปิดฝาขวดให้แน่น

6. ฆ่าเชื้อที่ถุงมือและอุปกรณ์เก็บตัวอย่างน้ำด้วยแอลกอฮอล์

7. แกะถุงพลาสติกออก ใช้มือจับบนฝาขวดแล้วหมุนให้คลายออก ดึงฝาขวดออกจากตัวขวดแล้วถือไว้ โดยระวังไม่ให้มือสัมผัสฝาขวดด้านใน

8. ตักตัวอย่างน้ำใส่ขวดฆ่าเชื้อถึงระดับคอขวด นำฝาขวดมาปิดขวด หมุนเพื่อปิดขวดให้แน่น นำถุงพลาสติกห่อดังเดิม

9. เก็บรักษาสภาพตัวอย่างที่เหมาะสมแล้วนำส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการโดยการรักษาสภาพตัวอย่างด้วยการแช่เย็น และเก็บในตู้เย็น ที่อุณหภูมิระหว่าง 2-6 องศาเซลเซียสเพื่อนำส่งห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ตรวจค่า BOD ตรวจวิเคราะห์ภายใน 24 ชั่วโมง

เครื่องมือและอุปกรณ์

1. ขวดพลาสติกฝาสีขาว (PE) ขนาด 0.5, 1.0, 1.5, 3.5 และ 5.0 ลิตร ใช้เก็บตัวอย่างสำหรับทดสอบคุณภาพน้ำทางกายภาพและทางเคมี

2. ขวดแก้วสีชา ใช้เก็บตัวอย่างสำหรับทดสอบน้ำมันและไขมัน

เกณฑ์การตรวจวิเคราะห์

เกณฑ์อ้างอิงตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 141 ตอนพิเศษ 233 ง ลงวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2567 (อาคารประเภท ก อาคารโรงเรียนเอกชน โรงเรียนของทางราชการ สถาบันอุดมศึกษาของเอกชน หรือสถาบันอุดมศึกษาของทางราชการที่มีพื้นที่ใช้สอยรวมกันทุกชั้นของอาคารหรือกลุ่มของอาคารตั้งแต่ 25,000 ตารางเมตรขึ้นไป) ซึ่งได้กำหนดพารามิเตอร์ดังนี้

1.ค่าความเป็นกรด ด่าง (pH) ค่ามาตรฐานอยู่ในช่วง 5.0-9.0

2.ค่า BOD (Biochemical Oxygen Demand) ต้องไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อลิตร

3.ค่าของแข็งแขวนลอยทั้งหมด (Total Suspended Solids) ต้องไม่เกิน 30 มิลลิกรัมต่อลิตร

4.ค่าของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) ต้องไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัมต่อลิตร

5.ค่าซัลไฟด์ (Sulfide) ต้องไม่เกิน 1.0 มิลลิกรัมต่อลิตร

6.ค่า ทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) ต้องไม่เกิน 35 มิลลิกรัมต่อลิตร

7.ค่าน้ำมันและไขมัน (Oil and Grease) ต้องไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อลิตร

มาตรฐานการตรวจวิเคราะห์

มาตรฐานวิธีการทดสอบใช้วิธีทดสอบตาม Standard Methods for the Examination of

Water and Wastewater หรือ SMWW 2023[3] ซึ่งร่วมกันจัดทำโดย American Public Health Association (APHA), American Water Works Association (AWWA) และ Water Environment Federation (WEF) ดังนี้

1. การตรวจความเป็นกรด ด่าง (pH) โดยวิธี SMWW 2023 part 4500 - H^+ B

2. การตรวจ BOD (Biochemical Oxygen Demand) โดยวิธี SMWW 2023 part 5210 B

3. การตรวจของแข็งแขวนลอยทั้งหมด (Total Suspended Solids) โดยวิธี SMWW 2023 part 2540 D

4. การตรวจของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) โดยวิธี SMWW 2023 part 2540 C

5. การตรวจซัลไฟด์ (Sulfide) โดยวิธี SMWW 2023 part 4500 - S^{2-} F

6. การตรวจค่า ทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) โดยวิธี SMWW 2023 part 4500 - N_{org} B

7. การตรวจน้ำมันและไขมัน (Oil and Grease) โดยวิธี SMWW 2023 part 5520 B

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ดังนี้

เปรียบเทียบผลของน้ำเสียก่อนและหลังการบำบัดตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคาร ประเภท ก. ตามพารามิเตอร์ที่กำหนดเกณฑ์มาตรฐานโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SEM) และร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ปริมาณน้ำที่แปรใช้ใหม่หลังการบำบัดโดยใช้จำนวนและร้อยละ

ผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบผลของน้ำเสียก่อนและหลังการบำบัดตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคาร ประเภท ก. ตามพารามิเตอร์ที่กำหนดเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2568 โดยน้ำเสียก่อนบำบัดจำนวน 12 ตัวอย่าง และน้ำหลังบำบัดจำนวน 12 ตัวอย่าง ผลที่ได้แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของน้ำเสียก่อนและหลังการบำบัดเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

พารามิเตอร์	ก่อนบำบัด			หลังบำบัด			ค่ามาตรฐาน
	Median ±SEM	Min	Max	Median ±SEM	Min	Max	
pH	7.30±0.06	6.90	7.80	6.40±0.17	5.50	7.20	5.0-9.0
BOD	109.40±14.46	26.00	177.20	13.10±1.21	4.40	17.30	<20.00 mg/L
Total Suspended Solids (TSS)	187.00±37.92	62.00	506.00	13.00±2.15	10.00	29.00	<30.00 mg/L
Total Dissolved Solids (TDS)	461.50±22.12	374.00	621.00	384.50±25.84	308.00	616.00	1,000 mg/L
Sulfide	1.20±0.11	0.27	1.40	0.29±0.06	0.07	0.86	<1.00 mg/L
Total Kjeldahl Nitrogen (TKN)	12.80±0.53	10.20	15.50	8.85±0.44	7.20	11.40	<35.00 mg/L
Oil and Grease	1.45±0.21	1.00	2.90	1.00±0.08	1.00	2.00	<20.00 mg/L

2. วิเคราะห์ปริมาณน้ำที่แปรมาใช้ใหม่หลังการบำบัดโดยเปรียบเทียบปริมาณน้ำที่ใช้ทั้งหมดกับน้ำหลังการบำบัดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่แปรมาใช้ใหม่ (Recycle) เพื่อนำไปใช้รดน้ำต้นไม้ในคณะเภสัชศาสตร์ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2568 โดยปริมาณน้ำที่ใช้ในคณะเภสัชศาสตร์ ทั้งหมด 3 อาคาร ปริมาณรวมทั้งสิ้น 15,151 ลูกบาศก์เมตร มีปริมาณน้ำบำบัดที่แปรมาใช้เพื่อรดน้ำต้นไม้ปริมาณ 3,108 ลูกบาศก์เมตร คิดเป็นร้อยละ 20.51 ผลที่ได้แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณน้ำที่ใช้ทั้งหมดและน้ำหลังการบำบัดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่แปรมาใช้ใหม่

เดือน	ปริมาณน้ำทั้งหมดที่ใช้ (ลบ.ม.)	ปริมาณน้ำที่แปรใช้ใหม่ (ลบ.ม.)	การใช้น้ำที่แปรใช้ใหม่ (ร้อยละ)
มกราคม	1,469	280	19.06
กุมภาพันธ์	1,289	190	14.74
มีนาคม	1,297	240	18.50
เมษายน	1,335	181	13.56
พฤษภาคม	803	70	8.72
มิถุนายน	821	235	28.62
กรกฎาคม	1,201	292	24.31
สิงหาคม	1,378	294	21.34
กันยายน	1,544	228	14.77
ตุลาคม	1,198	160	13.36
พฤศจิกายน	1,611	596	37.00
ธันวาคม	1,205	342	28.38
รวม	**15,151**	**3,108**	**20.51**

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของน้ำเสียก่อนและหลังการบำบัดตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารประเภท ก. พารามิเตอร์ที่ตรวจวัดกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2568 พบว่าก่อนการบำบัดค่าของ pH (7.30±0.06) TDS (461.50±22.12) TKN (12.80±0.53) และ Oil and Grease (1.45±0.21) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ส่วนค่า BOD (109.40±14.46) TSS (187.00±37.92) และ Sulfide (1.20±0.11) เกินมาตรฐานที่กำหนด ส่วนผลการวิเคราะห์น้ำที่ผ่านการบำบัดก่อนปล่อยออกเป็นน้ำทิ้งสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกพารามิเตอร์ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดมลพิษทางน้ำที่อาจทำให้เกิดปัญหาสภาพแวดล้อมในบริเวณโดยรอบได้โดยเฉพาะน้ำเสียจากห้องปฏิบัติการซึ่งในส่วนของคณะเภสัชศาสตร์มีระบบบำบัดน้ำเสียรวมเพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการดำเนินงาน ง่ายต่อการควบคุมดูแล และลดค่าใช้จ่ายในการจัดการน้ำเสียภาพรวมลงได้เพราะน้ำเสียจากห้องปฏิบัติการได้มีการบำบัดเบื้องต้นก่อนทิ้งลงท่อน้ำทิ้ง มีการแยกและกำจัดของเสียสารเคมีอันตรายอย่างถูกต้องตามหลักสากลซึ่งจะลดความสกปรกและความเป็นพิษลงจนอาจไม่เหลือความเป็นพิษ ดังนั้นจึงสามารถนำมาบำบัดรวมกับน้ำเสียที่เกิดจากกิจกรรมทั่ว ๆ ไปของคณะฯ ได้[4] ระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ (Activated Sludge) จะมีศักยภาพในการบำบัดน้ำเสียได้สูงโดยสามารถลดค่า BOD (Biochemical Oxygen Demand) ของน้ำเสียได้ร้อยละ 85-95[5] สอดคล้องกับการศึกษาของบุญจงรักษ์ จิ้วตั้น และคณะที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของน้ำเสียพบว่าทุกอัตราส่วนสามารถบำบัดน้ำเสียให้มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด[6] ค่า BOD เป็นดัชนีชี้วัดความเน่าเสีย หากค่า BOD สูง แสดงว่ามีสารอินทรีย์ปนเปื้อนมาก จากการศึกษาของชวลิต หงส์ยนต์และจุฬาภรณ์ โสตะ พบว่าการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำระบบบำบัดน้ำเสียเทศบาลนครขอนแก่นค่าเฉลี่ย BOD มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐานแสดงถึงความสกปรกของน้ำสูงควรใช้จุลินทรีย์ EM และใช้วิธีการเติมอากาศลงในน้ำ ตรวจวัดคุณภาพน้ำทุก 3 เดือน[7] ทัศนีย์ สดใสและคณะได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสกลนครพบว่ามีบางโรงพยาบาลที่ผลการตรวจ BOD COD TDS Suspended Solids TKN ไม่ผ่านตาม

เกณฑ์มาตรฐานจึงต้องทำแผนการจัดการความเสี่ยง พารามิเตอร์ค่าไหนไม่ผ่านก็ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข การเฝ้าระวังการทำงานของระบบโดยจะมีการวิเคราะห์คุณภาพน้ำเบื้องต้น ลดการปล่อยน้ำที่ผ่านการบำบัดน้ำเสียแล้วไม่ผ่านเกณฑ์ออกสู่คลองสาธารณะ[8] ขวัญเนตร สมบัติสมภพ และคณะ พบว่าปริมาณน้ำมันและไขมันในน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งจากน้ำเสียชุมชนที่กำหนดไว้ไม่เกิน 20 mg/L ปริมาณของแข็งแขวนลอยในน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้งที่กำหนดไว้ไม่เกิน 30 mg/L[9] ระบบบำบัดน้ำเสียของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นมีค่าของน้ำที่ผ่านมาตรฐาน ได้แก่ พีเอช ของแข็งทั้งหมด (Total Solids) ของแข็งละลายน้ำ (Total Dissolved Solids) สารแขวนลอย (Suspended Solids) ซีโอดี (COD) ค่าบีโอดี (BOD) และคุณลักษณะของน้ำที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ได้แก่ ค่าดีโอ (DO) ตะกอนหนัก (Settable Solids) ค่าคลอรีน (Cl)[10] การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียในเคนยาพบว่าคุณภาพน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้วมีความเข้มข้นของ BOD TSS ฟอสฟอรัส ตะกั่ว ไนเตรต และ COD สูงเกินกว่ามาตรฐานการปล่อยน้ำเสียที่กำหนดไว้ซึ่งเกิดจากระบบบำบัดที่ไม่เพียงพอและไม่มีประสิทธิภาพ[11] ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ระบบบำบัดน้ำเสียแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระบบบำบัดแบบ Sequencing Batch Reactor (SBR) ร้อยละ 50.00 ซึ่งเป็นระบบที่นิยมใช้ในการบำบัดน้ำเสีย[12] จากการศึกษาของ ซอฟียา ฉัตรทอง และคณะ พบว่าผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของตะกอนจุลินทรีย์ในระบบ SBR ในการบำบัดน้ำเสียที่มีแอมโมเนียไนโตรเจนสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนากระบวนการบำบัดน้ำเสียในอนาคตเพื่อเสริมสร้างระบบการจัดการน้ำเสียที่มีความยั่งยืนและลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม[13] ดังนั้นระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ (Activated sludge process) หรือระบบเอเอส (AS) เป็นระบบบำบัดน้ำเสียทางชีวภาพที่นิยมใช้กับทั้งน้ำเสียชุมชนและน้ำเสียอุตสาหกรรมในประเทศไทย เนื่องจากเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดใช้พื้นที่น้อยโดยหลักการทำงานของระบบอาศัยจุลินทรีย์ที่ใช้ออกซิเจนในถังเติมอากาศในการย่อยสลายสารอินทรีย์ในน้ำเสียโดยสารอินทรีย์ถูกเปลี่ยนเป็นเซลล์ของจุลินทรีย์ จากนั้นจะถูกทำให้ตกตะกอนและกำจัดออกจากน้ำเสียซึ่งการควบคุมระบบเอเอสให้มีประสิทธิภาพที่ดีต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจของผู้ควบคุมระบบเพื่อควบคุมการทำงานของระบบเอเอสให้เหมาะสม[5]

2. วิเคราะห์ปริมาณน้ำที่แปรใช้ใหม่หลังการบำบัดที่ผ่านมาตรฐานแล้วเพื่อนำมาใช้ในการรดน้ำต้นไม้ภายในคณะเภสัชศาสตร์เปรียบเทียบกับปริมาณน้ำทั้งหมดที่ใช้สามารถประหยัดน้ำที่ใช้ในการรดน้ำต้นไม้คิดเป็นร้อยละ 20.51 ช่วยประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายได้ ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพสามารถบำบัดน้ำได้คุณภาพตามเกณฑ์ของน้ำทิ้งซึ่งนำมาใช้ประโยชน์ได้โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะนำน้ำทิ้งกลับมาใช้ในการรดน้ำต้นไม้[8] คุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วเทียบกับมาตรฐาน U.S. EPA สำหรับ Urban Reuse พบว่าคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วเป็นไปตามมาตรฐานสามารถนำมาใช้ในกิจกรรมการใช้น้ำที่ไม่สัมผัสโดยตรง เช่น ชำระโถสุขภัณฑ์และรดน้ำต้นไม้สำหรับระบบส่งจ่ายน้ำสำหรับอาคาร 42 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ โดยระบบการนำน้ำกลับมาใช้ใหม่มีการเดินท่อส่งน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วไปใช้สำหรับสุขภัณฑ์ห้องน้ำ อาทิ โถ ปัสสาวะชายโดยติดตั้งแยกจากระบบประปาเดิม[14] อรรคพล ภูผาจิตต์ได้ศึกษาระบบบำบัดน้ำเสียกลับมาใช้ประโยชน์พบว่า คุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกพารามิเตอร์เมื่อเทียบกับมาตรฐานการใช้น้ำเพื่อการเกษตร ส่วนค่า Cl_2 residual และ Fecal coliform bacteria ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การใช้ประโยชน์จากน้ำทิ้งระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลคำม่วง ได้แก่ กิจกรรมรดสนามหญ้าหรือบริเวณสวนหย่อม กิจกรรมสำรองน้ำเพื่อใช้ในภาวะฉุกเฉิน กิจกรรมใช้ในการล้างทำความสะอาด และกิจกรรมใช้ในห้องน้ำในชักโครก[15] การนำน้ำบำบัดที่ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์น้ำทิ้งมาใช้

ประโยชน์จะช่วยประหยัดทรัพยากรการใช้น้ำประปา ลดการสิ้นเปลือง ลดภาระค่าใช้จ่ายได้ การบำบัดน้ำเสียออกเป็นน้ำทิ้งสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะช่วยลดปริมาณสารปนเปื้อนที่ถูกปล่อยกลับคืนสู่สิ่งแวดล้อม ปกป้องแหล่งน้ำและระบบนิเวศ

ระบบบำบัดน้ำเสียของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลมีประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสียที่ได้มาตรฐานเกณฑ์น้ำทิ้ง การบำรุงรักษาและตรวจสอบระบบเป็นประจำโดยการตรวจสอบและล้างหน่วยตกตะกอนและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ระบบทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเพื่อติดตามผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทำการติดตามคุณภาพน้ำทิ้งอยู่เป็นประจำเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียและหาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบอย่างต่อเนื่อง ควรดูแลรักษาเครื่องเติมอากาศ เครื่องสูบตะกอนและการดำเนินการระบบบำบัดน้ำเสียให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ[16] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เสนอการจัดทำแผนบำรุงรักษาระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. ตรวจสอบความเป็นฉนวนของมอเตอร์ทุก 1 ปี

2.ตรวจสอบการหมุน และการสึกหรอของใบพัดทุก 4 เดือน

3.ตรวจสอบแรงดันไฟฟ้าทุกเดือน

4.ตรวจสอบกระแสไฟฟ้าทุกเดือน

5.ตรวจสอบระบบซีล และการรั่วซึมทุกเดือน

6.ตรวจสอบเสียง และการสั่นสะเทือนทุกเดือน

7.ตรวจสภาพน้ำมันหล่อลื่นเครื่องกลทุก 1 ปี

8.ตรวจสอบระบบท่อและสายไฟทุกเดือน

9.ตรวจสอบตู้คอนโทรลทุกเดือน

10.ตรวจสอบการทำงานของอุปกรณ์ภายในทุกเดือน

11.ตรวจสอบการยึดแน่นของสายไฟทุกเดือน

12.ตรวจสอบแผงควบคุมทุกเดือน

13.ทำความสะอาดตู้ และอุปกรณ์ภายในทุกเดือน

14.ยกเครื่องกลขึ้นจากบ่อเพื่อตรวจสภาพทุก 1 ปี

ผลการบำบัดน้ำเสียตามพารามิเตอร์ต่าง ๆ ที่ได้มาตรฐานน้ำทิ้งตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคาร ประเภท ก. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยรักษาสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินห้องปฏิบัติการปลอดภัยตามมาตรฐาน ESPReL การตรวจประเมินและรับรองห้องปฏิบัติการในรูปแบบ peer evaluation การตรวจสถานศึกษาปลอดภัย การตรวจประเมินด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งต้องใช้เป็นข้อมูลในการขอรับหนังสือรับรองการแจ้งผลิตและมีไว้ในครอบครองตามพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นอาคารควบคุมตามพระราชกฤษฎีกากำหนดอาคารควบคุม พ.ศ.2538 ซึ่งนำระบบการจัดการพลังงานมาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านพลังงานซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาล ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการอนุรักษ์พลังงานจึงได้จัดทำแบบจำลอง PY-GREEN ของคณะเภสัชศาสตร์ เป็นทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมซึ่งนำระบบบำบัดน้ำเสียและการบริหารจัดการน้ำมาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนมุ่งเน้นความปลอดภัย ลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และการจัดการของเสียอย่างยั่งยืนผ่านการเรียนการสอน การวิจัย และการบริการวิชาการให้เป็น "คณะเภสัชศาสตร์สีเขียว" เพื่อมุ่งสู่การเป็นมหาวิทยาลัยที่ยั่งยืนตามเกณฑ์ UI Green Metric โดยทฤษฎีต้นแบบ PY-GREEN ในการพัฒนากลยุทธ์ให้เกิดกระบวนการทำงานมีดังต่อไปนี้:

P: Policy and Participation กำหนดนโยบายในการสร้างวัฒนธรรมสีเขียว สร้างความตระหนักรู้และสนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกันโดยส่งเสริมให้อาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาทุกคนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม

Y: Yield มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรและนักศึกษาให้เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม เน้นการเพิ่มผลผลิตและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และสร้างนวัตกรรมที่ส่งเสริมระบบนิเวศ

G: Green Operations มีการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม จัดการพื้นที่สำนักงาน ห้องเรียนและปฏิบัติการสีเขียวโดยเฉพาะห้องปฏิบัติการที่มีการใช้สารเคมีอันตรายและสารชีวภาพต้องมีระบบบริหารจัดการของเสียอย่างเป็นระบบ คัดแยกตั้งแต่ต้นทางมีการกำจัดอย่างถูกต้อง รวมถึงการลดปริมาณขยะอันตรายและสารเคมีจากห้องปฏิบัติการ

R: Responsibility เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างรับผิดชอบ ลดการใช้ทรัพยากรสิ้นเปลือง (Reduce) การนำกลับมาใช้ใหม่ (Reuse) และการรีไซเคิลหรือการแปรใช้ใหม่ (Recycle) รวมถึงการจัดซื้อจัดจ้างสีเขียว (Green Procurement) โดยเลือกใช้วัสดุหรือผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและไม่ทำลายสุขภาพของผู้ใช้งาน

E: Education and Awareness มุ่งเน้นการศึกษาและการสร้างจิตสำนึกสอดแทรกความรู้และการตระหนักรู้สู่กระบวนการเรียนการสอน เช่น ความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการทางเคมี ความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการทางชีวภาพให้บุคลากรและนักศึกษาสามารถบำบัดของเสียได้ก่อน ทำให้น้ำทิ้งที่มีการปนเปื้อนสารเคมีอันตรายจากห้องปฏิบัติการไม่ถูกปล่อยลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย ส่วนสารเคมีที่ไม่สามารถบำบัดได้จะแยกประเภทและส่งกำจัดอย่างถูกหลักวิชาการโดยหน่วยงานภายนอกที่ได้รับอนุญาตซึ่งมีระบบบำบัดและกำจัดของเสียจากการวิจัยและห้องปฏิบัติการอย่างเคร่งครัดตามมาตรฐานสากลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำทิ้งก่อนปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก

E: Environmental มุ่งเน้นการรักษาสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศ ระบบบำบัดน้ำเสียช่วยกำจัดสารปนเปื้อนและเชื้อโรคก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ ลดมลพิษเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้มีสุขอนามัยที่ดี และรักษาสมดุลของระบบนิเวศ

N: Networking and Collaboration เน้นสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งกับภายในองค์กรและภายนอกองค์กรเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ความร่วมมือต่าง ๆ ในการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อขับเคลื่อนสู่การบูรณาการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs Integration)

ข้อเสนอแนะ

ทำการตรวจติดตามคุณภาพเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียและหาแนวทางแก้ไขเมื่อผลการตรวจคุณภาพน้ำไม่ผ่าน เช่น ต้องตรวจสอบการชำรุดเสียหายของอุปกรณ์การทำงานของระบบ ส่วนใหญ่หากผลไม่ผ่านจะเกิดจากระบบเติมอากาศไม่ทำงานทำให้เชื้อจุลินทรีย์ตายหรือลดจำนวนลง แนวทางแก้ไขโดยการซ่อมระบบเติมอากาศเติมเชื้อจุลินทรีย์ในบ่อพัก เลี้ยงเชื้อปรับสภาพบ่ออย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่เอื้อเฟื้อสถานที่และสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด พ.ศ. 2567. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 141 ตอนพิเศษ 233 ง.. 27 สิงหาคม 2567. หน้า 1.
2. กฎกระทรวง ฉบับที่ 71 พ.ศ. 2566 ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 140 ตอนที่ 73 ก. 26 ธันวาคม 2566. หน้า 4.

3. AWWA (American Water Works Association). Standard Methods for the Examination of Water and Waste Water. 23rd Edition. Washington DC: APHA Press; 2023.
4. คณะอนุกรรมการความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวปฏิบัติด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ทองสุขพริ้นท์. 2555.
5. ปิยะวดี ศรีวิชัย และ ชุมาพร รถสีดา. การบำบัดน้ำเสียด้วยระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์. วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์ 2564; 21(2): 16-29.
6. บุญจงรักษ์ จิ้วตั้น, นุชนาฎ นิลออ, สุดธิดา ยะผา และนฤเบศ ทองสุด. การบำบัดน้ำเสียที่ปล่อยทิ้งจากระบบแอกทิแต็ดสลัดจ์ของโรงงานน้ำยางข้นด้วยระบบพื้นที่ชุ่มน้ำเทียม. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 19 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2569]: 2284-2291. เข้าถึงได้จาก: https://esd.kps.ku.ac.th/kuk-conference/gallery.php.
7. ชวลิต หงส์ยนต์ และจุฬาภรณ์ โสตะ. คุณภาพน้ำจากระบบบำบัดน้ำเสียเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2566; 13(4): 106-111.
8. ทัศนีย์ สดใส, บุญนาค แพงชาติ และไกรวิชญ์ เรืองฤาหาร. การศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(3): 322-332.
9. ขวัญเนตร สมบัติสมภพ, อำนาจ ปราการสมุทร และณัฐวุฒิ วิทยาวิโรจน์. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพจุลินทรีย์ในการบำบัดน้ำเสียจากโรงอาหารของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ 2554; 21 (1): 72-79.
10. พลอยไพริน นวนนุกูล, สายัณต์ แก้วบญุเรือง และทวินันท์ หาญประเสริฐ. ประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสีย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2564; 4(1): 70-80.
11. Flory Kilingo, Zulu Bernard and Chen Hong –bin. The Analysis of Wastewater Treatment System Efficiencies in Kenya: A Review Paper. International Journal of Scientific and Research Publications 2021; 11(5): 204-215.
12. ธิดารัตน์ ดำรงสอน. การศึกษาประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 5. วารสารวิชาการด้านสาธารณสุขของไทย 2563; 43(2): 105-114.
13. ซอฟียา ฉัตรทอง, อรัณย์ภัค พิทักษ์พงษ์ และพัชรัตน์ ตาเป็ง. ประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียด้วยตะกอนจุลินทรีย์ในระบบเอสบีอาร์. วารสารวิทยาศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย 2568; 5(1): 41-51.
14. ณัฐภัทร เที้ยธิทรัพย์ และเจนจิต เอี่ยมจตุรภัทร. การออกแบบและควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่แบบกึ่งอัตโนมัติ. การประชุมวิชาการวิศวกรรมโยธาแห่งชาติ ครั้งที่ 25 [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2569]: 2171-2177. เข้าถึงได้จาก: https://conference.thaince.org/index.php/ncce25/issue/view/1.
15. อรรคพล ภูผาจิตต์. แนวทางการนำน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียกลับมาใช้ประโยชน์ โรงพยาบาลคาม่วง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2561; 3(2):46 – 54.
16. อนงค์นาถ โรจนกร วังคำหาญ, วิสุดา สุขประโคน และอนุรักษ์ ปิ่นทอง. การประเมินคุณภาพน้ำและประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียในสถานพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลห้วยผึ้ง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2568; 19(2): 63 – 74.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

การสำรวจปริมาณสารอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนชนิดผงชงดื่มจากพืชที่วางจำหน่ายในประเทศไทย

A SURVEY OF AFLATOXINS IN PLANT-BASED PROTEIN POWDERS SOLD IN THAILAND.

(Received: May 29,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 3,2026)

ศวิตา จิตรโอวาท[1]
Savita Jitowat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชนิดผง 10 ตัวอย่างที่จำหน่ายทางออนไลน์ในประเทศไทย โดยวิเคราะห์สารอะฟลาทอกซิน B1, B2, G1, G2 และปริมาณรวมด้วยวิธี High-Performance Liquid Chromatography (HPLC) ร่วมกับ Immunoaffinity Column

ผลการศึกษาพบว่า 8 ตัวอย่างไม่มีการตรวจพบสารอะฟลาทอกซิน ส่วน 2 ตัวอย่างตรวจพบอะฟลาทอกซิน B1 ที่ระดับต่ำกว่า 0.70 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานความปลอดภัยอาหารของประเทศไทย 20 µg/kg
คำสำคัญ: โปรตีนพืชชงดื่ม, อะฟลาทอกซิน, ความปลอดภัยอาหาร

ABSTRACT

This study was survey research aimed to evaluate aflatoxin contamination in ten popular plant-based protein powder products available online in Thailand. Samples were analyzed for aflatoxins B1, B2, G1, G2, and total aflatoxins using High-Performance Liquid Chromatography (HPLC) combined with Immunoaffinity Column clean-up.

Results showed that eight samples had no detectable aflatoxins, while two samples contained aflatoxin B1 at levels below 0.70 µg/kg, well below the Thai food safety standard of 20 µg/kg.
Keywords: Plant-based protein powder, Aflatoxins, Food safety

บทนำ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ความสนใจในการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้บริโภคให้ความสำคัญกับโภชนาการที่สนับสนุนการเสริมสร้างร่างกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะโปรตีน ซึ่งเป็นสารอาหารสำคัญที่ประกอบกล้ามเนื้อ กระดูก เลือด ผิวหนัง และเอนไซม์ต่าง ๆ ในร่างกาย โปรตีนจะถูกย่อยสลายเป็นกรดอะมิโน ซึ่งร่างกายใช้ซ่อมแซมเนื้อเยื่อและเสริมสร้างกล้ามเนื้อ กรดอะมิโนแบ่งเป็นสองประเภท ได้แก่ กรดอะมิโนจำเป็นที่ร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์เองได้ และกรดอะมิโนที่ร่างกายสามารถผลิตเองได้ ภาวะที่ร่างกายต้องการพลังงานสูง เช่น การออกกำลังกาย การเจ็บป่วย หรือความเครียด อาจทำให้ความต้องการกรดอะมิโนสูงขึ้น จึงเกิดความนิยมในการบริโภค ผลิตภัณฑ์โปรตีนเสริม[1,2]

ผลิตภัณฑ์โปรตีนเสริมที่ได้รับความนิยม ได้แก่ โปรตีนพืชชงดื่ม (Plant-Based Protein Powder) เหมาะสำหรับผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก ผู้แพ้แลคโตส และผู้ที่หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์จากสัตว์ โปรตีนจากพืชมีความย่อยง่าย ไขมันอิ่มตัวต่ำ และสามารถตอบสนองต่อ

[1] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ความต้องการโปรตีนของผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3,4]

แม้วัตถุดิบที่ใช้ เช่น ถั่ว เมล็ดพืช และธัญพืช จะมีคุณสมบัติทางโภชนาการสูง แต่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อรา Aspergillus flavus และ Aspergillus parasiticus ซึ่งสามารถผลิต สารอะฟลาทอกซิน (Aflatoxins) โดยเฉพาะอะฟลาทอกซิน B1 (AFB1) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ 1 ตามการจัดประเภทของ IARC[5] การปนเปื้อนสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่การเพาะปลูก การเก็บเกี่ยว การจัดเก็บ การขนส่ง จนถึงกระบวนการผลิตห้างสรรพสินค้าและสำหรับประเทศไทย ข้อมูลระดับอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชงดื่มยังมีจำกัด แม้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563 กำหนดให้ปริมาณอะฟลาทอกซินรวมไม่เกิน 20 µg/kg[6] แต่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์จำหน่ายจริง[6]

งานวิจัยต่างประเทศและรายงาน Clean Label Project (2024–2025) พบว่าผลิตภัณฑ์โปรตีนจากพืชมักมีระดับอะฟลาทอกซินสูงกว่าผลิตภัณฑ์จากสัตว์ และฉลากทางการตลาด เช่น ออร์แกนิค ไม่สามารถรับประกันความปลอดภัยได้อย่างแท้จริง[7] ช่องว่างของข้อมูลนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาระดับอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชงดื่มในประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการประเมินความเสี่ยงและการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บริโภคที่รับประทานต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และควบคุมน้ำหนัก[7]

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินระดับการปนเปื้อนของสารอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชงดื่มที่จำหน่ายในประเทศไทย โดยวิเคราะห์อะฟลาทอกซิน B1, B2, G1, G2 และปริมาณรวม (Total Aflatoxins) พร้อมเปรียบเทียบกับมาตรฐานความปลอดภัยอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการทดสอบ

การวิเคราะห์ระดับอะฟลาทอกซิน B1, B2, G1, G2 และปริมาณรวมในตัวอย่างผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชงดื่มดำเนินการด้วยเทคนิค High Performance Liquid Chromatography (HPLC)[2] ร่วมกับ Immunoaffinity Column (IAC) Clean-up ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เนื่องจากมีความไวสูงและสามารถแยกวิเคราะห์อะฟลาทอกซินแต่ละชนิดในตัวอย่างที่มีเมทริกซ์ซับซ้อนได้อย่างแม่นยำ ขั้นตอนการเตรียมตัวอย่างประกอบด้วย 1) ชั่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์อย่างแม่นยำเพื่อให้ได้ปริมาตรที่เหมาะสมต่อการวิเคราะห์ 2) สกัดสารอะฟลาทอกซินออกจากตัวอย่างโดยใช้สารละลายเมทานอล–น้ำ หรืออะซีโตไนไตรล์–น้ำ 3) ทำความสะอาดสารสกัดด้วยคอลัมน์ Immunoaffinity Column (IAC) ซึ่งมีแอนติบอดีจำเพาะต่ออะฟลาทอกซิน เพื่อกำจัดสิ่งรบกวนจากองค์ประกอบอื่นในตัวอย่าง[8]

หลังจากเตรียมสารสกัดเรียบร้อยแล้ว นำตัวอย่างเข้าสู่เครื่อง HPLC เพื่อวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินแต่ละชนิด โดยตรวจวัดค่าการกระจายตัวของสารตามความยาวคลื่นเฉพาะและเปรียบเทียบกับสารมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการภายใต้ มาตรฐานห้องปฏิบัติการ ISO/IEC 17025:2017 เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง ความแม่นยำ และสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้[9]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชงดื่มทั้ง 10 ตัวอย่าง จะถูกนำเสนอในรูปแบบตารางเพื่อแสดงปริมาณอะฟลาทอกซิน B1, B2, G1, G2 และปริมาณรวมของอะฟลาทอกซินในแต่ละผลิตภัณฑ์อย่างชัดเจน[2,6]

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อสรุปค่าต่าง ๆ ของอะฟลาทอกซินในตัวอย่างทั้งหมด ทั้งค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และช่วงการกระจายข้อมูล โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐานความปลอดภัยด้านอาหารที่กำหนดโดย กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย[6] และอ้างอิงมาตรฐานสากล (Codex, EU)[5] เพื่อให้เห็นภาพรวมของระดับการปนเปื้อนและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ในเชิงวิชาการ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ หรือการทดลองกับสัตว์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ตามเลขที่ DPUHREC 2901/2568 วันที่ 29 มกราคม 2569

ผลการศึกษา

ผลการตรวจวิเคราะห์ครั้งนี้ ค่าที่แสดงเป็น “<0.70µg/kg” ในจำนวน 2 ตัวอย่าง หมายถึง ปริมาณอะฟลาทอกซิน บี1 ที่ตรวจพบมีค่าต่ำกว่าค่าที่รายงาน (reporting value) ที่ 0.70 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมแต่ยังคงสูงกว่าLimit of Detection (LOD)ของวิธีวิเคราะห์ที่ระดับ 0.25 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมจึงยืนยันได้ว่ามีสัญญาณของสารอะฟลาทอกซินบี1อยู่ในตัวอย่างแต่อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐานความปลอดภัยด้านสารปนเปื้อน ในอาหารตามประกาศกระทรวงสาธาณสุข ฉบับ ที่ 414 พ.ศ. 2563[6] ที่กำหนดไว้ ในขณะที่ตัวอย่างอื่นๆไม่พบการปนเปื้อนของอะฟลาทอกซิน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจปริมาณอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชงดื่ม

ลำดับ	รหัสตัวอย่าง	วัตถุดิบโปรตีนสกัดหลัก	มาตรฐานรับรอง	ประเทศผู้ผลิต	Aflatoxins					ค่ามาตรฐาน อย. ไม่เกิน 20 µg/kg
					ผลปริมาณ AFB1 µg/kg	ผลปริมาณ AFB2 µg/kg	ผลปริมาณ AFG1 µg/kg	ผลปริมาณ AFG2 µg/kg	Total Aflatoxins µg/kg	
1	Brand 1	ถั่วเหลือง, ข้าว, ฟักทอง,ถั่วลันเตา, ถั่วเขียว, ดอกทานตะวัน และถั่วหัวช้าง	อย.	ไทย	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	ผ่าน
2	Brand 2	ถั่วลันเตา ข้าว, ถั่วเหลือง, เมล็ดฟักทอง และเมล็ดทานตะวัน	อย.	ไทย	<0.70	Not Detected	Not Detected	Not Detected	<0.70	ผ่าน
3	Brand 3	ถั่วลันเตา	อย.	ไทย	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	ผ่าน
4	Band 4	ถั่วลันเตา	อย.	ไทย	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	ผ่าน
5	Brand 5	ถั่วเหลือง, ถั่วลันเตา, ข้าว	อย.	ไทย	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	ผ่าน
6	Brand 6	ถั่วลันเตาสีทอง, ข้าว	อย.	ไทย	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	ผ่าน
7	Brand 7	ถั่วเหลือง, ถั่วลันเตาสีทอง	อย.	ไทย	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	ผ่าน
8	Brand 8	ถั่วลันเตาสีทอง	อย.	ไทย	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	ผ่าน
9	Brand 9	ถั่วลันเตา, ข้าวกล้อง, ข้าวโอ๊ต, เมล็ดอัลมอนด์	อย.	ไทย	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	Not Detected	ผ่าน
10	Brand 10	ถั่วเหลือง, ถั่วลันเตา, ข้าวกล้อง, เมล็ดฟักทอง, เมล็ดอัลมอนด์	อย.	ไทย	<0.70	Not Detected	Not Detected	Not Detected	<0.70	ผ่าน

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานความปลอดภัยอาหาร ผลการวิเคราะห์ตัวอย่างโปรตีนพืชชงดื่มทั้ง 10 ตัวอย่าง พบว่าปริมาณอะฟลาทอกซินรวมอยู่ต่ำกว่าขีดจำกัดความปลอดภัย

ที่กำหนด ผลลัพธ์แสดงการกระจายตัวของข้อมูลในระดับปานกลางทั้งในภาพรวมและเมื่อพิจารณาแยกตามแบรนด์ โดยตัวอย่างที่มีปริมาณสูงสุดอยู่ที่ 0.70 µg/kg ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ 3.5 ของเกณฑ์สูงสุดของกระทรวงสาธารณสุข (20 µg/kg) สะท้อนให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชที่ศึกษาอยู่ในระดับปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการได้รับสารอะฟลาทอกซินเกินขนาดในผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญ[6]

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการปนเปื้อนของสารอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนชนิดผงชงดื่มจากพืชที่จำหน่ายในประเทศไทย โดยวิเคราะห์สารอะฟลาทอกซิน 4 ชนิด ได้แก่ B1, B2, G1, G2 และปริมาณรวม[2,5,6] ผลการวิเคราะห์พบว่า จากตัวอย่าง 10 ผลิตภัณฑ์ มี 8 ตัวอย่างไม่ตรวจพบอะฟลาทอกซิน ส่วนอีก 2 ตัวอย่างตรวจพบอะฟลาทอกซิน B1 ในระดับต่ำกว่า 0.70 µg/kg ซึ่งต่ำกว่าขีดจำกัดความปลอดภัยที่กำหนดโดยประกาศกระทรวงสาธารณสุข (20 µg/kg) อย่างน้อย 29 เท่า และต่ำกว่ามาตรฐาน EU สำหรับ AFB1 (2 µg/kg) ประมาณ 3 เท่า[6]

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชนิดผงชงดื่มที่จำหน่ายในประเทศไทยส่วนใหญ่มีระดับการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินต่ำและปลอดภัย การตรวจพบอะฟลาทอกซิน B1 แม้ในระดับต่ำ ยังแสดงถึงความเป็นไปได้ของการปนเปื้อนจากวัตถุดิบทางการเกษตร เช่น ถั่วเหลือง ถั่วลันเตา หรือธัญพืช ในขั้นตอนเพาะปลูก การเก็บเกี่ยว หรือการจัดเก็บ แม้ว่ากระบวนการผลิตอาหารจะช่วยลดความเสี่ยงบางส่วน[7]

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศหลายฉบับ เช่น รายงานจาก Clean Label Project (2024–2025) และงานของ Mendez-Albores et al. (2021) รวมถึง Bandara et al. (2020) ที่พบการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนพืช แม้ว่าบริบทการผลิตและห่วงโซ่อุปทานในแต่ละประเทศจะแตกต่างกัน แต่ระดับการปนเปื้อนในตัวอย่างของประเทศไทยอยู่ในเกณฑ์ต่ำและปลอดภัย[7]

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและกระบวนการผลิต รวมถึงการเฝ้าระวังสารพิษจากเชื้อราในผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชที่ได้รับความนิยม การมีข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินช่วยสนับสนุนการประเมินความปลอดภัยของอาหารและการเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้บริโภคกลุ่มที่ใส่ใจสุขภาพ[2,5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า ผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชชงดื่มที่จำหน่ายในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ตรวจพบการปนเปื้อนอะฟลาทอกซิน และตัวอย่างที่ตรวจพบมีระดับต่ำมาก ไม่เกินเกณฑ์ความปลอดภัยของอาหารที่กำหนดโดย กระทรวงสาธารณสุข (20 µg/kg) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากวัตถุดิบจากพืช เช่น ถั่วเหลือง ถั่วลันเตา และธัญพืช มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อราและสารพิษ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเฝ้าระวังและตรวจสอบผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

นอกจากนี้ การเผยแพร่ข้อมูลและให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับความเสี่ยงจากอะฟลาทอกซิน รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้บริโภคเลือกผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน จะช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับสารปนเปื้อนในอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและความปลอดภัย กำหนดค่าความเข้มข้นสูงสุดของอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชให้ชัดเจน โดยอ้างอิง

มาตรฐานสากล เพื่อเป็นกรอบอ้างอิงและลดความเสี่ยงต่อผู้บริโภคที่ใช้ผลิตภัณฑ์ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะทางคลินิกและผู้บริโภค 1) ผู้บริโภคควรหลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์บนผิวหนังที่มีรอยถลอก หรือใช้ทันทีหลังการทำหัตถการที่อาจเพิ่มการดูดซึมสาร 2) สำหรับผู้ที่แพ้ง่ายหรือกังวลเรื่องการได้รับสารพิษสะสม อาจเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีระดับอะฟลาทอกซินต่ำ หรือสลับใช้ผลิตภัณฑ์ทางเลือกเพื่อจำกัดการได้รับสาร

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต 1) ขยายการเก็บตัวอย่างให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์โปรตีนพืชในรูปแบบและช่องทางจำหน่ายอื่น ๆ ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ 2) ศึกษาการปนเปื้อนในส่วนผสมอื่น ๆ เช่น ธัญพืชหรือผลิตภัณฑ์โปรตีนจากพืชชนิดอื่น 3) ประเมินความเสี่ยงเชิงสะสมจากการบริโภคต่อเนื่องและตรวจสอบการปนเปื้อนของสารพิษอื่น ๆ เช่น ตะกั่วและแคดเมียม 4)เพิ่มจำนวนตัวอย่างและขยายพื้นที่เก็บตัวอย่างให้ครอบคลุมภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย เพื่อให้ผลวิจัยเป็นตัวแทนของผลิตภัณฑ์ในภาพรวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงต่ออาจารย์ที่ปรึกษา ดร.นพ. ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์ สำหรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนตลอดกระบวนการวิจัย ซึ่งช่วยให้การศึกษาครั้งนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนางานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วง และเจ้าหน้าที่คณะผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการประสานงานและอำนวยความสะดวกในระหว่างดำเนินการวิจัย

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยหวังว่าสารนิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้ในการศึกษาและพัฒนางานด้านที่เกี่ยวข้องในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Whitney E, Rolfes SR.(2019). Understanding Nutrition. 15th ed. Boston: Cengage Learning; 2019.
2. Kumar P, Mahato DK, Kamle M, Mohanta TK, Kang SG.(2016). Aflatoxins: a global concern for food safety, human health and their management. Front Microbiol. 2016;7:2170.
3. Jeske S, Zannini E, Arendt EK.(2018). Past, present and future of plant-based protein foods. Annu Rev Food Sci Technol. 2018;9:133–153.
4. Boye J, Zare F, Pletch A.(2010). Plant-based protein sources and extraction approaches. Compr Rev Food Sci Food Saf. 2010;9(4):333–356.
5. International Agency for Research on Cancer (IARC).(2012). Aflatoxins. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 100F. Lyon: IARC; 2012.
6. Ministry of Public Health, Thailand.(2020). Notification of the Ministry of Public Health: Food safety standard for mycotoxins. Bangkok; 2020.
7. Clean Label Project.(2025). Plant-Based Protein Powder Contaminants Report 2024–2025. Broomfield (CO): Clean Label Project; 2025.
8. Stroka J, Van Otterdijk R, Anklam E.(2000). Immunoaffinity column clean-up prior to HPLC determination of aflatoxins. J Chromatogr A. 2000;904(2):251–256.
9. AOAC International.(2016). Official Method 991.31: Aflatoxins in Corn, Raw Peanuts and Peanut Butter. AOAC; 2016.

คุณค่าการพยากรณ์ของดัชนีไตรกลีเซอไรด์–กลูโคสและอัตราส่วนไตรกลีเซอไรด์ต่อไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูงต่อโรคตับคั่งไขมันที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการเผาผลาญที่คงอยู่ในผู้ใหญ่ชาวไทย

Prognostic Value of Triglyceride-Glucose Index and Triglyceride to HDL-C Ratio for Persistent MASLD in Thai Adults.

(Received: May 29,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 3,2026)

สุรศักดิ์ ศศะภูริ[1] ภาวิต หน่อไชย[1]
Surasak Sasabhuri[1] Phawit Norchai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณค่าการพยากรณ์ของดัชนีไตรกลีเซอไรด์–กลูโคส (TyG index) และอัตราส่วนไตรกลีเซอไรด์ต่อไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูง (TG/HDL-C ratio) ต่อการเกิด Persistent MASLD ในผู้ใหญ่ชาวไทย การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบกลุ่มผู้ป่วย–กลุ่มควบคุม โดยใช้ข้อมูลของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาลสินแพทย์ เทพารักษ์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 500 คน แบ่งเป็นกลุ่ม Persistent MASLD 250 คน และกลุ่มควบคุม 250 คน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการปรับตัวแปรกวน ผู้ที่มีค่า TyG index ตั้งแต่ 8.5 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิด Persistent MASLD เพิ่มขึ้น 2.83 เท่า (aOR 2.83, 95% CI 1.39–5.75) ส่วนผู้ที่มีค่า TG/HDL-C ratio ตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิด Persistent MASLD เพิ่มขึ้น 5.44 เท่า (aOR 5.44, 95% CI 3.11–9.52) เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรต่อเนื่องพบว่า การเพิ่มขึ้นของ TyG index ทุก 1 หน่วย สัมพันธ์กับการเกิด persistent MASLD เพิ่มขึ้น 3.37 เท่า (aOR 3.37, 95% CI 1.44–7.92) และการเพิ่มขึ้นของ TG/HDL-C ratio ทุก 1 หน่วย สัมพันธ์กับการเกิด persistent MASLD เพิ่มขึ้น 1.85 เท่า (aOR 1.85, 95% CI 1.50–2.30)

คำสำคัญ: โรคตับคั่งไขมัน; ไตรกลีเซอไรด์; น้ำตาลในเลือด; ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูง; ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ

Abstract

This retrospective case-control study utilized secondary data from adults undergoing routine annual health examinations at Synphaet Theparak Hospital between January 2020 and December 2024. A total of 500 participants were included, comprising 250 with persistent MASLD and 250 controls. Logistic regression was used to evaluate associations.

After adjustment for confounders, individuals with TyG index ≥8.5 had 2.83-fold higher odds of persistent MASLD (aOR 2.83, 95% CI 1.39–5.75), while those with TG/HDL-C ratio ≥2.5 had 5.44-fold higher odds (aOR 5.44, 95% CI 3.11–9.52). When analyzed as continuous variables, each 1-unit increase in TyG index was associated with 3.37-fold higher odds (aOR 3.37, 95% CI 1.44–7.92), and each 1-unit increase in TG/HDL-C ratio with 1.85-fold higher odds (aOR 1.85, 95% CI 1.50–2.30).

Keywords: Fatty Liver; Triglycerides; Blood Glucose; Cholesterol, HDL; Biomarkers

บทนำ

โรคตับคั่งไขมันที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการเผาผลาญ (Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease; MASLD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยมีรายงานความชุกประมาณ

[1] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
Corresponding author: Surasak Sasabhuri E-mail: surasaksasabhuri@gmail.com

ร้อยละ 38 ของประชากรโลก และสูงกว่าร้อยละ 40 ในบางประเทศในเอเชีย[1,2] สาเหตุหลักเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน และความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม ซึ่งสัมพันธ์กับโรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ[2,3]

MASLD ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อตับโดยตรง หากแต่ยังสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดอื่น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้[3-4] การดำเนินโรคของ MASLD อาจนำไปสู่ตับอักเสบเรื้อรัง พังผืดในตับ ตับแข็ง และมะเร็งตับ ดังนั้นการเฝ้าระวังและคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจึงมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและภาระทางสาธารณสุข[5,6]

การตรวจที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะตับคั่งไขมัน คือ การตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายสูง จึงไม่เหมาะสมสำหรับการใช้ในวงกว้าง[7] ขณะที่การตรวจอัลตราซาวนด์ตับมีข้อดีด้านความปลอดภัยแต่ยังมีข้อจำกัดด้านความไวโดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น[8] และอาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงของประชากร จึงมีความจำเป็นในการหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarkers) ที่สะดวก รวดเร็ว และมีความสามารถทำนายการดำเนินโรคได้[9,10]

มีการศึกษาที่รายงานว่า ค่าดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส (TyG index) และอัตราส่วนไตรกลีเซอไรด์ต่อไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูง (TG/HDL-C ratio) สามารถเป็นตัวบ่งชี้ที่เป็นตัวแทน (surrogate markers) ของภาวะดื้อต่ออินซูลินได้[11-12] งานวิจัยจำนวนมากพบความสัมพันธ์ของตัวบ่งชี้ทั้งสองกับการเกิดและความรุนแรงของโรคตับคั่งไขมัน รวมถึงสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด[13,14,15]

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลด้านการพยากรณ์โรคต่อโรคตับคั่งไขมันที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการเผาผลาญที่คงอยู่ (Persistent MASLD) มีอยู่อย่างจำกัด รวมทั้งการติดตามผลการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์เฉพาะทางยังมีอัตราที่ต่ำมากโดยเฉาะอย่างยิ่งในประชากรไทย[16]

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่า TyG index และ TG/HDL-C ratio ที่สูงกว่าปกติกับการเกิด Persistent MASLD ในผู้ใหญ่ชาวไทย และประเมินความสามารถของการเป็นปัจจัยพยากรณ์ของตัวบ่งชี้ทั้งสอง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ (prognostic factor research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาย้อนหลังแบบกลุ่มผู้ป่วย–กลุ่มควบคุม (retrospective case-control design) อาศัยข้อมูลทุติยภูมิของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาลสินแพทย์ เทพารักษ์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ใหญ่ชาวไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวนด์ช่องท้องต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 500 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Persistent MASLD จำนวน 250 คน และกลุ่มที่ไม่มี Persistent MASLD จำนวน 250 คน

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ใช้หลักการ Two-sample comparison of proportions ร่วมกับ Hsieh's adjustment สำหรับ Multivariable logistic regression โดยกำหนด Odds ratio = 2.83[15] p_0 = 0.46, α = 0.05 (two-sided), power = 0.9, case:control = 1:1 และประมาณการของข้อมูลที่ใช้การไม่ได้ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 111 คน รวมทั้งสิ้น 222 คน งานวิจัยนี้ใช้ขนาด

ตัวอย่างกลุ่มละ 250 คน รวมเป็น 500 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเลือก

ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมีสัญชาติไทย มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีผลการตรวจระดับกลูโคสในพลาสมาระดับไตรกลีเซอไรด์และระดับ HDL-C หลังอดอาหารในครั้งแรกที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวนด์ช่องท้อง รวมทั้งผลตรวจเลือดอื่น ๆ ได้แก่ ระดับคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) ระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) ระดับ Aspartate transaminase (AST) ระดับ Alanine transaminase (ALT) และ ระดับกรดยูริค (uric acid) ร่วมกับการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ประวัติโรคร่วม พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยารักษาโรคประจำตัว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกคัดออกหากมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ มีประวัติโรคตับเรื้อรัง หรือมีประวัติโรคไวรัสตับอักเสบ หรือรับประทานยาลดน้ำตาลและยาลดไขมันในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนการตรวจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับการเกิด Persistent MASLD โดยใช้การถดถอยโลจิสติกตัวแปรเดียว (univariable logistic regression) และการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (multivariable logistic regression) ซึ่งมีการปรับตัวแปรกวน ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ได้รับการพิจารณาและอนุมัติแบบยกเว้น (exemption review) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ รหัสโครงการ DPUHREC003/68NA วันที่รับรอง 1 ธันวาคม 2568 ซึ่งมีการรับรองแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นด้วย เนื่องจากเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ไม่มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วยโดยตรง ข้อมูลทั้งหมดได้รับการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 500 คน ประกอบด้วยเพศชาย 267 คน (ร้อยละ 53.4) และเพศหญิง 233 คน (ร้อยละ 46.6) มีอายุอยู่ในช่วง 18–84 ปี (มัธยฐาน = 43 ปี) กลุ่มที่มี Persistent MASLD มีสัดส่วนเพศชายสูงกว่า (ร้อยละ 74.0 เทียบกับ ร้อยละ 32.8) และมีค่ามัธยฐานสูงกว่า (45 ปี เทียบกับ 42 ปี) กลุ่มที่มี Persistent MASLD มีค่ามัธฐานของดัชนีมวลกายสูงกว่า (27.5 เทียบกับ 22.1 kg/m^2) และมีความดันโลหิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการมีโรคประจำตัวพบว่า กลุ่มที่มี Persistent MASLD มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคภูมิแพ้ โรคเกาต์ และโรคมะเร็ง ร้อยละ 11.6 ขณะที่กลุ่มที่ไม่มี Persistent MASLD มีโรคประจำตัวร้อยละ 10.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างสองกลุ่มโดยพบว่า กลุ่ม Persistent MASLD มีระดับ Total cholesterol, LDL-C, Triglyceride, FPG, AST, ALT และ Uric acid สูงกว่า ขณะที่ระดับ HDL-C ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนผู้ที่มีค่า TyG index สูงกว่าปกติ (≥8.5) มีสัดส่วนร้อยละ 82.4 ในกลุ่ม Persistent MASLD เทียบกับร้อยละ 23.2 ในกลุ่มควบคุม ในขณะที่ผู้ที่มีค่า TG/HDL-C ratio สูงกว่าปกติ (≥2.5) มีสัดส่วนร้อยละ 78.8 ในกลุ่ม Persistent MASLD เทียบกับร้อยละ 17.6 ในกลุ่มควบคุม แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มี Persistent MASLD และกลุ่มที่ไม่มี Persistent MASLD

Variables	Persistent MASLD (n=250)	Non-persistent MASLD (n=250)
	n (%), mean ± SD or median (IQR)	n (%), mean ± SD or median (IQR)
Demographic characteristics		
Gender		
Male	185 (74.0)	82 (32.8)
Female	65 (26.0)	168 (68.2)
Age (Year)	45 (38 - 52)	42 (34 - 52)
Clinical characteristics		
BMI (kg/m^2)	27.5 (25.2 - 29.6)	22.1 (19.9 - 24.2)
SBP (mmHg)	129.8 ± 18.0	117.3 ± 15.9
DBP (mmHg)	76.6 ± 8.0	70.0 ± 9.2
Presence of underlying disease	29 (11.6)	26 (10.4)
Laboratory parameters		
Total cholesterol (mg/dL)	237.9 ± 50.7	221.9 ± 39.0
HDL-C (mg/dL)	46.8 ± 9.8	62.0 ± 15.1
LDL-C (mg/dL)	154.6 ± 41.7	143.1 ± 36.8
Triglyceride (mg/dL)	193.7 ± 141.2	89.4 ± 50.0
FPG (mg/dL)	109.4 ± 38.3	93.2 ± 9.1
AST (U/L)	26.6 ± 15.7	19.5 ± 7.5
ALT (U/L)	44.0 ± 31.7	22.5 ± 17.0
Uric acid (mg/dL)	7.0 ± 1.6	5.5 ± 1.3
Prognostic factors		
High TyG index (≥ 8.5)	206 (82.4)	58 (23.2)
High TG/HDL-C ratio (≥ 2.5)	197 (78.8)	44 (17.6)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกตัวแปรเดียวพบว่า กลุ่มที่มีค่า TyG index สูงกว่าปกติ (TyG index ≥ 8.5) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิด Persistent MASLD (β = 2.741) โดยพบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอยู่ที่ 15.50 เท่า (cOR 15.50, 95% CI 10.00 – 24.03, p < 0.001) ส่วนกลุ่มที่มีค่า TG/HDL ratio สูงกว่าปกติ (TG/HDL ratio ≥ 2.5) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิด persistent MASLD เช่นเดียวกัน (β = 2.857) โดยพบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอยู่ที่ 17.4 เท่า (cOR 17.40, 95% CI 11.15 – 27.15, p < 0.001)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร หลังจากปรับผลกระทบของตัวแปรกวน ซึ่งเป็นตัวแปรลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มที่มี TyG index สูงกว่าปกติ สัมพันธ์กับการเกิด persistent MASLD เพิ่มขึ้น 2.83 เท่า (β = 1.040, aOR 2.83, 95% CI 1.39–5.75, p = 0.004) ส่วนกลุ่มที่มี TG/HDL-C ratio สูงกว่า

ปกติ สัมพันธ์กับการเกิด persistent MASLD เพิ่มขึ้น 5.44 เท่า (β = 1.693, aOR 5.44, 95% CI 3.11–9.52, p < 0.001) แสดงในตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปรในรูปแบบตัวแปรต่อเนื่องพบว่า การเพิ่มขึ้นของ TyG index ทุก 1 หน่วย สัมพันธ์กับการเกิด persistent MASLD เพิ่มขึ้น 3.37 เท่า (β = 1.216, aOR 3.37, 95% CI 1.44–7.92, p = 0.005) ในทำนองเดียวกัน การเพิ่มขึ้นของ TG/HDL-C ratio ทุก 1 หน่วย สัมพันธ์กับการเกิด persistent MASLD เพิ่มขึ้น 1.85 เท่า (β = 0.617, aOR 1.85, 95% CI 1.50–2.30, p < 0.001) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (multivariable logistic regression analysis) ระหว่างการมี High TyG index และ High TG/HDL-C Ratio กับการเกิด Persistent MASLD โดยแสดงค่า β-coefficient, Adjusted odds ratio (aOR), 95% CI for aOR และ p-value

Prognostic factors	β	aOR (95% CI)	p-value*
High TyG index (≥ 8.5)	1.040	2.83 (1.39 - 5.75)	0.004
High TG/HDL-C ratio (≥ 2.5)	1.693	5.44 (3.11 - 9.52)	< 0.001

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (multivariable logistic regression analysis) ระหว่าง TyG index และ TG/HDL-C Ratio (continuous data) กับการเกิด Persistent MASLD โดยแสดงค่า β-coefficient, Adjusted odds ratio (aOR), 95% CI for aOR และ p-value

Prognostic factors	β	aOR (95% CI)	p-value*
TyG index	1.216	3.37 (1.44 - 7.92)	0.005
TG/HDL-C ratio	0.617	1.85 (1.50 - 2.30)	< 0.001

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05

สรุปผลและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า TyG index และ TG/HDL-C ratio มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ Persistent MASLD ในผู้ใหญ่ชาวไทย สอดคล้องกับความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยาที่ว่าภาวะดื้อต่ออินซูลินและความผิดปกติในการเผาผลาญไขมันเป็นกลไกสำคัญในการเกิดและการดำรงอยู่ของ MASLD[3,17,18] ค่า TyG index ที่สูงบ่งชี้ถึงระดับกลูโคสและไตรกลีเซอไรด์ที่เพิ่มขึ้นพร้อมกัน สะท้อนถึงกระบวนการ De novo lipogenesis และการสะสมไตรกลีเซอไรด์ภายในตับ[19] ในทำนองเดียวกัน ค่า TG/HDL-C ratio ที่สูงบ่งชี้ถึง Atherogenic dyslipidemia ซึ่งมักพบร่วมกับ Metabolic syndrome[12,20]

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยระดับนานาชาติหลายฉบับ เช่น การวิเคราะห์อภิมานที่รวบรวมการศึกษา 17 ฉบับ ครอบคลุมผู้เข้าร่วม 121,975 ราย ที่พบว่า ผู้ที่มีค่า TyG index สูงสุดมีความเสี่ยงต่อการเกิด NAFLD (ซึ่งเป็นนิยามเดิม ก่อนที่จะมีการนิยามใหม่เป็น MASLD) สูงกว่ากลุ่มที่มีค่าต่ำสุดถึง 6 เท่า[21] รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่ติดตามผู้ใหญ่ 4,539 รายเป็นเวลา 9 ปี พบว่า TyG index มีความสัมพันธ์กับการเกิดรวมทั้งการคงอยู่ของ NAFLD โดยมีค่า AUC เท่ากับ 0.76[22] ในส่วนของ TG/HDL-C ratio มีความสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยชาวจีน 49,518 ราย ที่พบว่า TG/HDL-C ratio ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด NAFLD ที่เกิดขึ้นใหม่ โดยมีค่า Hazard

ratios เท่ากับ 2.02 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีค่าสูงสุด (4th quartile) กับกลุ่มที่มีค่าต่ำที่สุด (1st quartile)[14]

ค่า Odds ratio ที่ลดลงหลังการปรับตัวแปรกวนเป็นไปตามหลักระเบียบวิธีวิจัย เนื่องจากผลกระทบของตัวแปรกวนได้รับการควบคุมโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติช่วยยืนยันว่า TyG index และ TG/HDL-C ratio เป็นปัจจัยพยากรณ์อิสระต่อ Persistent MASLD และมีความสัมพันธ์แบบ Dose-response จากการวิเคราะห์ในรูปแบบตัวแปรต่อเนื่อง ซึ่งช่วยสนับสนุนความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาที่ได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ ประการแรก ลักษณะการศึกษาที่เป็นแบบย้อนหลัง (retrospective study) ทำให้ต้องอาศัยข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ล่วงหน้า ซึ่งอาจมีความไม่สมบูรณ์หรือมีข้อจำกัดด้านคุณภาพของข้อมูล ประการที่สอง การประเมินภาวะ MASLD โดยการตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ยังมีข้อจำกัดด้านความไว โดยเฉพาะในกรณีที่มีไขมันสะสมในตับปริมาณน้อย เมื่อเทียบกับเทคนิคที่มีความละเอียดสูงกว่า เช่น Magnetic Resonance Imaging–Proton Density Fat Fraction (MRI-PDFF) หรือ Vibration-Controlled Transient Elastography (VTCE)[23] ประการที่สาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการโรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียว อาจไม่สามารถสะท้อนความหลากหลายของประชากรทั่วไป อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้ยังคงมีน้ำหนักเชิงประจักษ์ในการยืนยันบทบาทของตัวบ่งชี้ทั้งสองในประชากรไทย

ผลการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญในการยืนยันบทบาทของ TyG index และ TG/HDL-C ratio ในฐานะตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่มีศักยภาพสำหรับการประเมินความเสี่ยงของ Persistent MASLD ผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนการใช้ TyG index และ TG/HDL-C ratio ร่วมกับข้อมูลทางคลินิกอื่น เช่น ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และเอนไซม์ตับ เพื่อการประเมินความเสี่ยงแบบบูรณาการในการตรวจสุขภาพประจำปี โดย TyG index และ TG/HDL-C ratio สามารถคำนวณได้จากผลตรวจเลือดพื้นฐาน มีต้นทุนต่ำ และสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างสะดวก

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบ Prospective cohort และการศึกษาแบบหลายศูนย์ (multi-center) เพื่อยืนยันผลการศึกษาและพัฒนาค่าตัด (cutoff) ที่เหมาะสมกับประชากรไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสินแพทย์ เทพารักษ์ ทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ศูนย์ตรวจสุขภาพที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.Younossi ZM, Kalligeros M, Henry L. Epidemiology of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. Clin Mol Hepatol. 2025;31(Suppl):S32-50. doi:10.3350/cmh.2024.0431.

2.Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, Francque SM, Sanyal AJ, Kanwal F, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. J Hepatol. 2023 Dec;79(6):1542-56. doi:10.1016/j.jhep.2023.06.003.

3.Friedman SL, Neuschwander-Tetri BA, Rinella M, Sanyal AJ. Mechanisms of NAFLD development and therapeutic strategies. Nat Med. 2018;24(7):908-922. doi:10.1038/s41591-018-0104-9.

4.Targher G, Byrne CD, Lonardo A, Zoppini G, Barbui C. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident cardiovascular disease: a meta-analysis. J Hepatol. 2016 Sep;65(3):589-600. doi:10.1016/j.jhep.2016.05.013.

5.Ali B, Samuel R, Kramer JR, Li L, Yu X, Cao Y, et al. Evolving burden of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease and its complications in a US nationwide healthcare system. Hepatol Commun. 2026;10(1):e0878. doi:10.1097/HC9.0000000000000878.

6.Noureddin N, Copur-Dahi N, Loomba R. Monitoring disease progression in metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). Aliment Pharmacol Ther. 2024;59(Suppl 1):S41-51. doi: 10.1111/apt.17752.

7.Rockey DC, Caldwell SH, Goodman ZD, Nelson RC, Smith AD. Liver biopsy. Hepatology. 2009 Mar;49(3):1017-44. doi:10.1002/hep.22742.

8.Archer AJ, Belfield KJ, Orr JG, Gordon FH, Abeysekera KW. EASL clinical practice guidelines: non-invasive liver tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. Frontline Gastroenterol. 2022 Feb 15;13(5):436-9. doi:10.1136/flgastro-2021-102064.

9.Pinjaroen N, Pan-Ngum W, Poovorawan K, Wastlund D, Mueller F, Lu P, et al. Economic evaluation of biomarker-based surveillance for Hepatocellular Carcinoma in Thai patients with Compensated Liver Cirrhosis. PLoS One. 2026;21(1):e0337913. doi:10.1371/journal.pone.0337913.

10. Decharatanachart P, Poovorawan K, Tangkijvanich P, Charatcharoenwitthaya P, Peeraphatdit T, Taychakhoonavudh S, et al. Cost-Utility Analysis of Noninvasive Tests to Initiate Hepatocellular Carcinoma Surveillance in Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease. Am J Gastroenterol. 2025;120(11):2592-602. doi:10.14309/ajg.0000000000003332.

11. Guerrero-Romero F, Simental-Mendía LE, González-Ortiz M, Martínez-Abundis E, Ramos-Zavala MG, Hernández-González SO, et al. The product of triglycerides and glucose, a simple measure of insulin sensitivity: comparison with the euglycemic-hyperinsulinemic clamp. J Clin Endocrinol Metab. 2010 Jul;95(7):3347-51. doi:10.1210/jc.2010-0288.

12. Baneu P, Văcărescu C, Drăgan SR, Cirin L, Lazăr-Höcher AI, Cozgarea A, et al. The triglyceride/HDL ratio as a surrogate biomarker for insulin resistance: a systematic review. Biomedicines. 2024; 12:1493. doi:10.3390/biomedicines12071493.

13. Guo W, Lu J, Qin P, Li X, Zhu W, Wu J, et al. The triglyceride-glucose index is associated with the severity of hepatic steatosis and the presence of liver fibrosis in non-alcoholic fatty liver disease: a cross-sectional study in Chinese adults. Lipids Health Dis. 2020;19:218. doi:10.1186/s12944-020-01393-6.

14. Ma X, Jia J, Cui H, Zhou J, Tian F, Yang J, et al. Association between the triglyceride to high density lipoprotein cholesterol ratio and the incidence of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: a retrospective cohort study. BMC Gastroenterol. 2024;24:389. doi:10.1186/s12876-024-03471-w.

15. Poochanasri M, Lertsakulbunlue S, Kookanok C, Rangsin R, Kaewput W, Mungthin M, et al. Triglyceride to high-density lipoprotein ratio as a predictor for 10-year cardiovascular disease in individuals with diabetes in Thailand. J Health Popul Nutr. 2025;44:147. doi:10.1186/s41043-025-00835-0.

16. Phisalprapa P, Supot W, Charatcharoenwitthaya P, Kositamongkol C, Sritara P, et al. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease (MAFLD) in the adult population attending a health check-up program in Thailand: prevalence and fibrosis status. Sci Rep. 2025;15(1):1024. doi: 10.1038/s41598-025-10241-1.

17. Donnelly KL, Smith CI, Schwarzenberg SJ, Jessurun J, Boldt MD, Parks EJ. Sources of fatty acids stored in liver and secreted via lipoproteins in patients with nonalcoholic fatty liver disease. J Clin Invest. 2005 May;115(5):1343-51. doi:10.1172/JCI23621.
18. Alkhouri N, Dixon LJ, Feldstein AE. Lipotoxicity in NAFLD: not all lipids are created equal. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2009;3(4):445-51. doi:10.1586/egh.09.32.
19. Xu X, So JS, Park JG, Lee AH. Transcriptional control of hepatic lipid metabolism by SREBP and ChREBP. Semin Liver Dis. 2013;33(4):301-11. doi:10.1055/s-0033-1358523.
20. McLaughlin T, Reaven G, Abbasi F, Lamendola C, Saad M, Waters D, et al. Is there a simple way to identify insulin-resistant individuals at increased risk of cardiovascular disease? Am J Cardiol. 2005 Aug 1;96(3):399-404. doi:10.1016/j.amjcard.2005.03.085.
21. Beran A, Ayesh H, Mhanna M, Mhanna D, Ghazaleh D, Noureddine H, et al. Triglyceride-glucose index for early prediction of nonalcoholic fatty liver disease: a meta-analysis of 121,975 individuals. J Clin Med. 2022 May 9;11(9):2666. doi:10.3390/jcm11092666.
22. Zheng R, Du Z, Wang M, Mao Y, Mao W. A longitudinal epidemiological study on the triglyceride and glucose index and the incident nonalcoholic fatty liver disease. Lipids Health Dis. 2018 Nov 20;17(1):262. doi:10.1186/s12944-018-0913-3.
23. Hernaez R, Lazo M, Bonekamp S, Kamel I, Brancati FL, Guallar E, et al. Diagnostic accuracy and reliability of ultrasonography for the detection of fatty liver: a meta-analysis. Hepatology. 2011;54(3):1082-90. doi:10.1002/hep.24452.

ผลของโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

Effects of the Peer Support Program for Mental Well-being Enhancement on Resilience among Nursing Students at Uttaradit Rajabhat University.

(Received: May 30,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 3,2026)

สุพิศ กุลชัย[1] กุลธิรัตน์ ใสสีสูบ[1] วาสนา บุณยมณี[1] นภารินทร์ นวลไธสง[2]
Supit Kulchai[1] Kulthirat Saiseesoob[1] Wasana Boonyamanee[1] Naparin Nuanthaisong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมและในระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ของ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่า G-Power ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจ ทดสอบที่ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 ราย เครื่องมือ คือโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย 6 กิจกรรม แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน วัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ *p-value* < 0.05

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตหลังเข้ารับโปรแกรมและในระยะติดตามผลมีค่าสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตหลังเข้ารับโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ,ความแข็งแกร่งในชีวิต,นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Quasi-experimental research aimed to examine the effects of the “True Friend for Mental Health Care and Resilience Enhancement Program” among nursing students at Uttaradit Rajabhat University. The study compared the mean scores of depression and resilience among nursing students before participation, immediately after participation, and at a 6-month follow-up period.The sample consisted of first-year nursing students from the Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University. The sample size was determined using G*Power analysis with a significance level of .05, a statistical power of .80, and an effect size of .05, resulting in a total of 24 participants.The research instruments included the “True Friend for Mental Health Care and Resilience Enhancement Program,” which consisted of six activities, a depression assessment questionnaire, and a resilience assessment scale. The reliability of the instruments was tested using Cronbach’s alpha coefficient, yielding a reliability value of 0.84. Data were analyzed using repeated measures ANOVA at a statistical significance level of p-value < 0.05.

Findings revealed that resilience scores significantly increased after program and remained higher at the 6-month follow-up period. The mean resilience scores immediately after the intervention and at the 6-month follow-up were significantly different (p-value < 0.001),

Keywords: activity package, dementia prevention, dependent older adults, Barthel Activities of Daily Living (ADL) scores 5–11, community participation.

---

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ corresponding author Email: joyce.kku@gmail.com

บทนำ

ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการยืนหยัด ผ่านพ้น ได้อย่างมี ประสิทธิภาท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความยุ่งยากใจ/ความเครียดในชีวิต และสามารถ ที่จะฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิต มากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) ความแข็งแกร่งในชีวิต ตามแนวคิดของกร็อทเบอร์ก[1] มี 3 องค์ประกอบหลักที่แต่ละคนจะดึงมาใช้เมื่อ เผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ/ความเครียดในชีวิต ก็คือ 'I have' 'I am' และ 'I can' โดยที่ I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอก ที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต I am (ฉัน เป็นคนที่...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละ บุคคล และ I can (ฉันสามารถที่จะ....) เป็นปัจจัย ด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล เมื่อเผชิญกับภาวการณ์อันก่อให้เกิดความเครียด[2] บุคคลที่มีความแข็งแกร่ง ในชีวิตสูงจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ[3] จากการทบทวนวรรณกรรม ในต่างประเทศมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยบูรณาการไปกับการเรียนการสอนหรือจัด เป็นกิจกรรมเสริม สำหรับในประเทศไทยโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ที่พัฒนาขึ้นโดย พัชรินทร์ นินทจันทร์.[4]ตามแนวคิดของกร็อทเบอร์ก[2]เป็นโปรแกรมหนึ่งที่มีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมทักษะนักศึกษาพยาบาลในการจัดการกับปัญหาส่งผลให้ความเครียด ลดลง สามารถปรับตัวได้ดีในทุกสถานการณ์[5]

จากข้อมูล ในปี 2564 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี อยู่ที่ 3.2 ต่อ ประชากรแสนคน วัยรุ่นเพศชาย ฆ่าตัวตายสำเร็จมากเป็น 5 - 6 เท่า ของเพศหญิง[6] ซึ่งแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น กลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นประเด็นที่ท้าทายความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ที่ร้ายแรงกว่านั้นอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้[7]ความสัมพันธ์กับเพื่อน ทำนายถึงความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้ การยอมรับจากเพื่อน ความน่าเชื่อถือ ความง่ายในการหาเพื่อนใหม่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่ลดลงในวัยรุ่นของ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เป็นการรับรู้และระหว่างตนเองกับเพื่อน มิตรภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์ต่อกัน ความพึงพอใจในสัมพันธภาพ การช่วยเหลือซึ่งกัน และกันสามารถจัดการกับความเครียดและผ่านพ้นอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นต่อการปรับตัวที่ดี[8]เป็นเหตุผลสำคัญ ที่ช่วยให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต รู้สึกถึงการมีแหล่งให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ (I have)[9] เพื่อนเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น การได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อนจะเกิดความรู้สึกเป็นที่รัก มั่นใจ ภูมิใจในตนเอง สามารถเปิดเผยความในใจในเรื่องต่าง ๆ ได้[10]การศึกษาสัมพันธภาพกับเพื่อนกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับเพื่อนอย่างมาก เพราะเมื่อมีเรื่องไม่ สบายใจจะเลือกปรึกษาเพื่อนเป็นคนแรก เพราะต่างมีปัญหาคล้ายกัน วัยรุ่นจึงมีความปรารถนาที่ดีกับเพื่อน สอดคล้องกับงานวิจัยของวิสุทธิ์ โนจิตต์[11]ที่พบว่าสัมพันธภาพกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จังหวัดอุตรดิตถ์ในปี 2566-2567 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2566 ร้อยละ 12.33 และ ปี 2567 ร้อยละ 7.62[12] และร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปีเป้าหมายมากกว่า 90% พบว่าปี 2566 พบร้อยละ 96.18 และปี 2567 ร้อยละ 90.2 เพศหญิง 70.70% อาชีพนักเรียนนักศึกษา 35.67%[12] มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ในปี 2567 พบนักศึกษาฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 ต่อแสนประชากรและพบนักศึกษาที่มีภาวะ

เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 40[12] ได้จัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษา ในการดูแลสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษา เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงจัดตั้งศูนย์รักษ์ใจให้บริการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้ติดตามดูแลโดยระบบอาจารย์ที่ปรึกษากรณีเสี่ยงสูง ส่งต่อเข้าระบบการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เช่นเดียวกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ พบว่ามีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีภาวะซึมเศร้า ในปี 2567 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.25 ได้ส่งต่อเข้าระบบการรักษาและติดตามดูแลโดยระบบอาจารย์ที่ปรึกษา แต่ก็ไม่สามารถศึกษาต่อเนื่องได้[12] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในนักศึกษาที่กำลัง ศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา[6] สาเหตุเกิดจากหลาย ปัจจัยทั้งด้านความเครียดในการเรียนและการใช้ ชีวิต โดยเฉพาะ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีแรก คุ้นเคยกับการใช้ชีวิตอยู่กับ ครอบครัว เมื่อศึกษาวิชาชีพพยาบาล ต้องปรับตัวในด้านการใช้ชีวิตร่วมกับเพื่อน ตลอดจนรูปแบบการเรียนการสอนของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องมีการศึกษาค้นคว้าตำราวิชาการค่อนข้างมาก รวมทั้งการร่วมกิจกรรมต่างๆ ของคณะและมหาวิทยาลัย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตได้ เช่น เครียด ซึมเศร้า หาก ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออาจส่งผลกระทบต่อนักศึกษาในด้านศักยภาพการเรียน ที่รุนแรงกว่าคือความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย อายุพร กัยวิกัยโกศล[13]ศึกษาคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีและพบว่านักศึกษาคณะพยาบาลมีความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดกว่าคณะอื่น ร้อยละ 33.33 ดังนั้นสถาบันการศึกษา ควรส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นที่การลดปัจจัยเสี่ยง เสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพจิตที่ดี และประสบความสำเร็จบนเส้นทางการศึกษาวิชาชีพพยาบาลต่อไป[14] จากข้อมูลดังกล่าว ทีมผู้วิจัย จึงได้เกิดแนวคิดใน การพัฒนาโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังป้องกันภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาวางแผนให้การดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเสริมสร้าง ให้นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ศึกษาเล่าเรียนได้อย่างมีความสุข มีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจสามารถ ดำเนินชีวิตเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมและในระยะติดตาม 6 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม และในระยะติดตาม 6 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนการและหลังโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามในเดือนที่ 6 ดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึงเดือน ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 48 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ของ มหาวิทยาลัย

ราชภัฏอุตรดิตถ์จำนวน 48 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง ประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ ทางสถิติ G-Power โดยกำหนดค่า ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้ขนาดได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ราย (Burns & Grove, 2009เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนและตกหล่นของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 24 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยความสมัครใจผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยความสมัครใจตามแนวทาง จนครบจำนวน 24 ราย กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ หนึ่ง ปีการศึกษา 2568

2. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง (เช่น PHQ-9 > 14)

2.มีปัญหาด้านสุขภาพอื่นที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม

3. สมัครใจออกจากโครงการวิจัย เนื่องจากเกิดภาวะเจ็บป่วยร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า(Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือจากงานวิจัยของ พัชรินทร์ นินทจันทร์[4] ในการประเมินภาวะซึมเศร้านักศึกษาพยาบาล โดยมีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ สำหรับใช้ประเมินภาวะ ซึมเศร้า แต่ละข้อจะมีตัวเลือกเกี่ยวกับความถี่ของอาการ 4 ระดับ ดังนี้ บ่อย ๆ หมายถึง เกือบทุกวัน ค่อนข้างบ่อย หมายถึง 2-3 วันต่อสัปดาห์ บางครั้ง หมายถึง น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง และ ข้อสุดท้าย คำตอบ ไม่เคยกับ เคย คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0- 60 คะแนน คะแนน ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น มากกว่า 0.7

2. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของพัชรินทร์ นินทจันทร์[4] ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg[2] มาใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการเข้าร่วมงานวิจัย มีข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแหล่งสนับสนุนภายนอก (I have) 9 ข้อ ด้านความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (I am) 10 ข้อ และ ด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (I can) 9 ข้อ มีตัวเลือกตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เฉย ๆ เห็นด้วย ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 28-140 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก และมีการติดตามประเมินในเดือนที่ 6 เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลโดยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบราค (Cronbach's alpha cofficient) โดยค่าความเชื่อมั่น มากกว่า 0.7

3. โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ที่อ้างอิงและประยุกต์ใช้จากพัชรินทร์ นินทจันทร์[4] ตามแนวคิดของกรอทเบอร์ก[2] ร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยร่วมกับการมีเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ ประกอบไปด้วยกิจกรรม จำนวน 6 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ทุกสัปดาห์ ในวันพุธ เวลา 15.00-16.30 น. ใช้ระยะเวลาในการทดลองทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง จะเลือกเพื่อนแท้โดยความสมัครใจ จับคู่ 2 คนในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ

1. กิจกรรมเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต สานสายสัมพันธ์ ฉันและเธอ

2. กิจกรรมเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและค้นหาความงดงามในตนเอง self esteem

3. กิจกรรมทดสอบความเข้มแข็งของจิตใจ เพื่อให้ ยืนหยัด ผ่านพ้น และเรียนรู้

4. กิจกรรมการจัดการกับความเครียด สมาธิบำบัด SKT

5. กิจกรรมเตรียมความพร้อม สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในบริบทสถานศึกษา ด้านต่าง ๆ (prepare for) อึด ฮึด สู้

6. การสื่อสารแบบ I Message I feel ..When...Because ..I want (new generation)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1.แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า(Health-Related Self-Reported , HRSR) และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) นำไปหาค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราค (Cronbach's alpha cofficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

2. โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้วิจัยนำโปรแกรม ที่ได้พัฒนาไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 คนเป็นอาจารย์ด้านพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก และผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต แล้วนำกิจกรรมที่ 2 3 และ6 เนื่องจากมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยเขตสุขภาพเดียวกัน จำนวน 10 คน โดยใช้ แบบสังเกตพฤติกรรม นำมาวิเคราะห์ปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้กรรมการจริยธรรมพิจารณา เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทีมงานผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บ ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการรวมโครงการวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3.1 ทีมผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ที่ห้องปฏิบัติการภาควิชาสุขภาพจิตชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เวลา 15.30 น.

3.2 ทีมงานผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่าง ตามข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยปราศจากการขู่บังคับชักจูง

3.3 อาสาสมัครเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 อาสาสมัครเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า(Health-RelatedSelf-Reported,HRSR) และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) กับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30 นาที

3.5 อาสาสมัครเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ ชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง 24 คน ให้เลือกเพื่อนแท้ตามความสมัครใจ เพื่อจับคู่ เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

3.6 อาสาสมัครเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต จำนวน 6 กิจกรรม ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและคู่เพื่อนแท้ และเปิดโอกาสให้ซักถามกรณีไม่เข้าใจและนัดหมายวันเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม โดย นัดหมายกลุ่มตัวอย่างและคู่เพื่อน

แท้ทุกวันพุธ เวลา 15.00-16.30 น.ที่ห้องปฏิบัติการภาควิชาสุขภาพจิตชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

3.7 อาสาสมัครเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ดำเนินการกิจกรรมโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต จำนวน 6 กิจกรรม กับกลุ่มตัวอย่างและคู่เพื่อนแท้

3.8 ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สะดวกใจ อึดอัดใจ ในการตอบแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในช่วงเวลาใดก็ตาม กลุ่มตัวอย่างสามารถ ยกเลิกการให้คำยินยอมและการร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน และการใช้ชีวิตหรือผลกระทบด้านอื่น ๆ

3.9 อาสาสมัครเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เฝ้าระวังและสังเกตุพฤติกรรมหรือความผิดปกติความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการช่วยเหลือแก้ไขและให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือถอนตัวหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นเช่น พบ อาสาสมัคร มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง เครียด หรือวิตกกังวลระดับสูงระหว่างวิจัย จะช่องทางรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์กับนักจิตวิทยา จิตแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษา หรือพยาบาลในคลินิกจิตเวช ที่ทีมงานผู้วิจัยได้ประสานงานไว้และสามารถส่งต่ออาสาสมัครเข้ารับการดูแลอย่างทันท่วงที่ พร้อมรายงานเหตุการณ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขตามแนวทางที่กำหนด

3.10 อาสาสมัครเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตดำเนินกิจกรรมครบ 6 กิจกรรม โดยใช้แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า(Health-Related Self-Reported (HRSR)) และ แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory)

3.11 ทีมงานผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลหลังโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตดำเนินกิจกรรมครบ 6 กิจกรรม โดยใช้แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า (Health-Related Self-Reported (HRSR)) และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) ในเดือนที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งของชีวิต ของนักศึกษา ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับ โปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผลเดือนที่ 6 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ระยะเวลาการศึกษา

เดือน ตุลาคม 2567 ถึงเดือน ธันวาคม 2568

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เลขที่ URU-REC No. 014 / 2568 วันที่ 1 กรกฎาคม 2568

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เลขที่ URU-REC No. 014 / 2568 วันที่ 1 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนเข้าร่วม โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่า ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้าง

ความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่า Mean = 24.83 และ S.D. = 3.12 หลังเข้าร่วม โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่ง ในชีวิตทันที มีค่า Mean = 22.88 และ S.D. = 2.91 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ในระยะติดตาม 6 เดือน มีค่า Mean = 20.75 และ S.D. = 1.48

2. คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนเข้าร่วม โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรโปรแกรม มีค่า Mean = 101.50 และ S.D. = 6.44 หลังเข้าร่วม โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิตทันที มีค่า Mean = 116.79 และ S.D.= 12.56 และลังเข้าร่วม โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต
ในระยะติดตาม 6 เดือน มีค่า Mean = 122.83 และ S.D. = 16.18

3. ผลการเปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อน-หลังเข้ารับโปรแกรมและระยะติดตามในเดือนที่ 6 พบว่า ผลการเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และหลังได้รับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 22.373, p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อน-หลังเข้ารับโปรแกรมและระยะติดตามในเดือนที่ 6 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

Source of Variation	Sum of Squares	df	MeanSquare	F	P-value
Within Groups					
Time	200.19	2	100.097	22.373	<.001
Error	205.81	46	4.474		

ผลการเปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อน-หลังเข้ารับโปรแกรม และระยะติดตามในเดือนที่ 6 พบว่า ผลการเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) พบว่าค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทีและหลังได้รับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 32.566, p-value < 0.001) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ เปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาลก่อน-หลังเข้ารับโปรแกรมและระยะติดตามในเดือนที่ 6

Source of Variation	Sum of Squares	df	MeanSquare	F	P-value
Within Groups					
Time	5349.694	2	2674.847	32.566	<.001
Error	3778.306	46	82.137		

ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนเข้ารับโปรแกรมกับหลังเข้ารับ

โปรแกรมทันทีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.034) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนเข้ารับโปรแกรมกับระยะติดตามผลเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังเข้ารับโปรแกรมและในระยะติดตามผลมีค่าลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรม นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้ารับโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 ยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) โดยคะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผลมีค่าต่ำกว่าหลังเข้ารับโปรแกรมทันที แสดงว่าโปรแกรมมีผลลดภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันเป็นรายคู่ (ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามในเดือนที่ 6)

ช่วงเวลา(A)	ช่วงเวลา(A)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า(A-B)	SE	P-value
Time 1	Time 2	1.958	0.711	0.034
	Time 3	4.083	0.574	< .001
Time 2	Time 1	-1.958	0.711	0.034
	Time 3	2.125	0.533	0.002
Time 3	Time 1	-4.083	0.574	< .001
	Time 2	-2.125	0.533	0.002

Time 1 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรม
Time 2 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที
Time 3 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6

ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาก่อนเข้ารับโปรแกรมกับหลังเข้ารับโปรแกรมทันทีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) และค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตก่อนเข้ารับโปรแกรมกับระยะติดตามผลเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยพบว่าคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตหลังเข้ารับโปรแกรมและในระยะติดตามผลมีค่าสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรมนอกจากนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตหลังเข้ารับโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 ยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยคะแนนในระยะติดตามผลมีค่าสูงกว่าหลังเข้ารับโปรแกรมแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันเป็นรายคู่ (ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามในเดือนที่ 6)

ช่วงเวลา(A)	ช่วงเวลา(A)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต(A-B)	SE	P-value
Time 1	Time 2	-14.500	2.721	< .001
	Time 3	-20.542	3.443	< .001
Time 2	Time 1	14.500	2.721	< .001

ตารางที่ 4 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันเป็นรายคู่ (ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามในเดือนที่ 6)

ช่วงเวลา(A)	ช่วงเวลา(A)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต(A-B)	SE	P-value
	Time 3	-6.042	1.128	< .001
Time 3	Time 1	20.542	3.443	< .001
	Time 2	6.042	1.128	< .001

Time 1 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตก่อนได้รับโปรแกรม
Time 2 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที
Time 3 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตหลังได้รับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ชั้นปีที่ 1 ประจำปี 2567 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมและในระยะติดตาม 6 เดือน ลดลง ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรโปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และในระยะติดตาม 6 เดือน มีค่าเพิ่มขึ้นด้านภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อน-หลังเข้ารับโปรแกรมและระยะติดตามในเดือนที่ 6 พบว่า ผลการเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และหลังได้รับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 22.373, และจากการ เปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) พบว่าค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทีและหลังได้รับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 32.566, p-value < 0.001) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังเข้ารับโปรแกรมและในระยะติดตามผลมีค่าลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรม นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้ารับโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 ยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) โดยคะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผลมีค่าต่ำกว่าหลังเข้ารับโปรแกรมทันที แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg1997 ที่อธิบายว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพภายในบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ผ่านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง การเรียนรู้ทักษะการจัดการปัญหา และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะวิกฤตหรือความเครียดได้อย่างเหมาะสม[15] สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนพล บรรดาศักดิ์[14] ศึกษาการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและพบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความช่วยเหลือจากอาจารย์ เพื่อนร่วมชั้น และครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันวิกฤตทางอารมณ์ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) รวมถึงการศึกษาของ กมลทิพย์ ใจมาคำ[16] ที่พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .207, p = .027) และผุสนีย์ แก้วมณีย์[17]ที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเผชิญปัญหา และฝ่าฟันอุปสรรค บรรยากาศในครอบครัว และสัมพันธภาพกับเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.01).

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมเพื่อนแท้ดูแลสุขภาพใจ สร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลหรือเยาวชนในสถาบันการศึกษาอื่น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมการปรับตัวต่อความเครียดในระยะยาวได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Grotberg EH.(1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.

2.Grotberg EH.(1997). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. 1997 [cited 2026 May 28]. Available from: https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf

3.จงลักษณ์ ทวีแก้ว.(2562). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและระดับความแข็งแกร่ง in ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลกรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2562;20(2):60-8.

4.พัชรินทร์ นินทจันทร์.(2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2558.

5.ธนพล บรรดาศักดิ์.(2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความสุขในการเรียนรู้ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.

6.สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์.(2564). การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 28 พ.ค. 2569]. จาก: https://www.camri.go.th/th/home/infographic/infographic-463

7 Beck AT.(1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper Row; 1967.

8.วรรษชล ไชยมงคล, อารยา ผลธัญญา. (2565). รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยและกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน: กรณีศึกษานักศึกษาจิตวิทยาคลินิก. วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย. 2565;53(2):77-94.

9.นัย ชี นวย.(2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในหมู่นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี: การศึกษาแบบตัดขวาง. Nurse Education in Practice. 2566;68(103587):1-7.

10.สมดี อนันต์ปฏิเวธ.(2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2565;4(3):1-16.

11.วิสุทธิ์ โนจิตต์, นภัสสร ยอดทองดี, วงเดือน เล็กสง่า, ปารวีร์ มั่นฟัก.(2563). ปัจจัยทำนายความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. 2563;1(1):118-28.

12.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์.(2567). รายงานประจำปีสุขภาพจิต 2567. อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์; 2567.

13.อายุพร กัยวิกัยโกศล.(2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29(1):27-43.

14.ธนพล บรรดาศักดิ์.(2562). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2562;13(1):62-70.

15.ศิริพร ณ นคร, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอธิคมกิจ.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(2):77-98.

16.กมลทิพย์ ใจมาคำ, ณัฏฐ์ณาฑ์ สร้อยเพ็ชร, จิตวลัย ทุนกาศ.(2568). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช. 2568;2(1):1-13.

17.ผุสนีย์ แก้วมณีย์.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2561;19(3):156-70.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในชุมชนพหุวัฒนธรรม ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Factors Associated with Dengue Prevention and Control Behaviors among People in the Multicultural Community of Mueang Pon Subdistrict, Khun Yuam District, Mae Hong Son Province.

(Received: May 30,2026 ; Revised: June 6,2026 ; Accepted: June 7,2026)

พรศรี งามรวี[1] ศิวาพร มหาทำนุโชค[2] อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์[3]
Ponsri Ngamrawee[1] Siwaporn Mahathamnuchock[2] Amornrat Anuwatnonthakate[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ทำในพื้นที่ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนพหุวัฒนธรรมและมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18–59 ปี จำนวน 340 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดี (ร้อยละ 90.29) มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เชื้อชาติกะเหรี่ยง (Adjusted OR 12.29, 95% CI: 1.66–91.07) เชื้อชาติไทย (Adjusted OR 6.80, 95% CI: 1.01–45.83) ลักษณะบ้านที่มีสวนหรือนารอบบ้าน (Adjusted OR 13.28, 95% CI: 2.02–87.13) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง (Adjusted OR 6.69, 95% CI: 1.80–24.89)

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค, ชุมชนพหุวัฒนธรรม, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, แม่ฮ่องสอน

Abstract

This cross-sectional survey study was conducted in Mueang Pon Subdistrict, Khun Yuam District, Mae Hong Son Province, a multicultural community with a high incidence of dengue fever. The objective of this study aimed to examine factors associated with dengue prevention and control behaviors among the population. The sample consisted of 340 participants aged 18–59 years, selected using proportional stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and binary logistic regression at a statistical significance level of $p < 0.05$.

The findings revealed that most participants had a good level of dengue prevention and control behaviors (90.29%). Factors significantly associated with good dengue prevention and control behaviors included Karen ethnicity (Adjusted OR 12.29, 95% CI: 1.66–91.07), Thai ethnicity (Adjusted OR 6.80, 95% CI: 1.01–45.83), living in houses surrounded by gardens or rice fields (Adjusted OR 13.28, 95% CI: 2.02–87.13), and having a high level of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers related to dengue prevention behaviors (Adjusted OR 6.69, 95% CI: 1.80–24.89).

Keywords: Dengue fever, prevention and control behavior, multicultural community, health perception, Mae Hong Son Province

---

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮองสอน
[2] มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
[3] มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีการระบาดขยายวงกว้างไปยังภูมิภาคใหม่ทุก 3-4 ปี โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 5,000 รายใน 80 ประเทศ ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการแพร่ระบาด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ปรากฏการณ์เอลนีโญ ระบบสุขภาพที่เปราะบาง และการเคลื่อนย้ายประชากร[1] ประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสม 105,250 ราย อัตราป่วย 159.15 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดแม่ฮ่องสอนอยู่ใน 5 อันดับแรกของจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด[2] อำเภอขุนยวม และตำบลเมืองปอน พบอัตราป่วยสูงถึง 2,350.62 และ 1,453.35 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มประชากรที่ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-59 ปี[3] ตำบลเมืองปอน มีลักษณะภูมิศาสตร์เป็นหุบเขาล้อมรอบด้วยป่าไม้ มีประชากรหลากหลายชาติพันธุ์ ได้แก่ ไทยใหญ่ กะเหรี่ยง คนเมือง และชาวเมียนมาร์ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมอาจส่งผลต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค[4] แม้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้ดำเนินมาตรการควบคุมโรค เช่น การพ่นหมอกควัน การแจกทรายอะเบท และการรณรงค์ให้ความรู้ แต่การเกิดโรคยังคงต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านการครอบคลุมพื้นที่ ความต่อเนื่องของมาตรการ และการเคลื่อนย้ายประชากร[4]

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนพหุวัฒนธรรม ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อนำผลไปพัฒนาแนวทางป้องกันโรคที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ลดอัตราป่วย และยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในชุมชนพหุวัฒนธรรม ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามสำรวจข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่มีอายุ 18-59 ปี อาศัยอยู่ใน เขตตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีทั้งหมดจำนวน 1,578 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie & Morgan[5] กำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 309 คน เผื่อสูญหาย ร้อยละ10 รวมเป็น 340 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย (1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) มีชื่อในฐานข้อมูลระบบจัดเก็บข้อมูล (JHCIS) ของรพ.สต. ตำบลเมืองปอนยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและบุคคลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และไม่เข้าใจการติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือไม่สามารถตอบคำถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

(1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ลักษณะที่อยู่อาศัย และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

(2) ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–10 คะแนน

การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom[6] ดังนี้

ร้อยละ > 80% หมายถึง ระดับความรู้สูง

ร้อยละ 60-79% หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

ร้อยละ < 59% หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

(3) ทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ “เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วย” โดยตอบเห็นด้วยให้ 1 คะแนน และไม่เห็นด้วยให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–10 คะแนน ประยุกต์จากงานวิจัยบุญประจักษ์ จันทร์วิน[7]

เกณฑ์การจัดระดับทัศนคติ

ร้อยละ ≥ 80% หมายถึง ทัศนคติดี

ร้อยละ < 80% หมายถึง ทัศนคติไม่ดี

(4) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จากงานวิจัยบุญประจักษ์ จันทร์วิน[7] ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ ได้แก่ “ปฏิบัติ” และ “ไม่ปฏิบัติ” โดยตอบปฏิบัติให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–10 คะแนน

เกณฑ์การจัดระดับพฤติกรรมการปฏิบัติ

ร้อยละ ≥ 80% หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติดี

ร้อยละ < 80% หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติไม่ดี

(5) เครื่องมือวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค จำนวน 20 ข้อ พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock[8] ใช้รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ข้อคำถามแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

	เชิงบวก	เชิงลบ
เห็นด้วย	1	0
ไม่แน่ใจ	0	0
ไม่เห็นด้วย	0	1

โดยจำแนกระดับคะแนนการรับรู้เป็น ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตามเกณฑ์ของ Bloom, BS.[6] ดังนี้

ร้อยละ> 80% หมายถึง การรับรู้ระดับสูง

ร้อยละ 60-79% หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง

ร้อยละ < 59% หมายถึง การรับรู้ระดับต่ำ

เกณฑ์การจัดระดับการรับรู้

(6) การสนับสนุนของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามประยุกต์จากงานวิจัยของอุกฤษฎ์ ชื่นศิร[9] จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert’s Scale 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนนดังนี้ มากที่สุด = 5 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน และน้อยที่สุด = 1 คะแนน

เกณฑ์การจัดระดับการสนับสนุน

คะแนน ≥ 40 คะแนน หมายถึง ระดับการสนับสนุนมาก

คะแนน 30-39 คะแนน หมายถึง ระดับการสนับสนุนปานกลาง

คะแนน ≤ 30 คะแนน หมายถึง ระดับการสนับสนุนต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item-Objective Congruence;

IOC) ได้ค่า IOC รายข้อในแบบสอบถามส่วนที่ 2-6 ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และได้ปรับแก้ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง และได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 3-6 ได้ α = 0.82 และการหาค่า Kuder-Richardson 20 ในส่วนของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ KR 20 =.0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดด้วยแบบสอบถาม จากนั้นรวบรวม ตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ใช้สถิติ Chi square test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary Logistic Regression) กำหนดตัวแปรตามเป็นตัวแปรกลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดี และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกไม่ดี การวิเคราะห์หาอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio: OR) ด้วย Simple logistic regression และนำตัวแปรที่มี $p < 0.20$ เข้าโมเดลวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) เพื่อหา Adjusted OR พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: 95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่รับรอง IRBCMRU 2025/513.09.10 และได้รับอนุมัติก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

(1) ผลศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.76) มีอายุเฉลี่ย 40.77 ± 12.58 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 46–59 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 39.41) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.0) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.47) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,166.16 บาท โดยร้อยละ 49.41 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาวกะเหรี่ยง (ร้อยละ 57.06) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.53) และอาศัยในครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่า 3 คน (ร้อยละ 53.82) ด้านสภาพแวดล้อม กว่าครึ่งมีแหล่งน้ำขังภายในบริเวณบ้าน (ร้อยละ 51.76) และเกือบทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 95.59) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง (ร้อยละ 74.12) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง (ร้อยละ 72.65) และได้รับสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.88) อย่างไรก็ตาม ทัศนคติต่อการป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 74.12) แม้พฤติกรรมการป้องกันโรคจะอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.29)

(2) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีด้วยวิธีถดถอยโลจิสติก พบว่า ในการวิเคราะห์แบบทวิภาค (Bivariate analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก $p < 0.20$ มีจำนวน 9 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ รายได้ ลักษณะบ้าน การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างไรก็ตาม เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆร่วมในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate logistic regression) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ได้แก่ เชื้อชาติกระเหรี่ยงมีโอกาสมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี 12.29 เท่า (95% CI: 1.66–91.07) เมื่อเทียบกับเมียนมาร์/ไทยใหญ่ และอื่นๆ เชื้อชาติไทยมีโอกาสมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี 6.80 เท่า (95% CI 1.01–45.83) เมื่อเทียบกับเมียนมาร์/ไทยใหญ่ และอื่นๆ การมีสวนหรือนารอบบ้านมีเชื้อชาติไทยมีโอกาสมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี 6.80 เท่า (95% CI 1.01–45.83) เมื่อเทียบกับ เมียนมาร์/ไทยใหญ่ และอื่นๆ การมีสวนหรือนารอบบ้านมีโอกาสมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี 13.28 เท่า (95% CI: 2.02–87.13) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีป่าหลังบ้าน และ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี 6.69 เท่า (95% CI: 1.80–24.89) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ โดยปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่พบความสัมพันธ์

สรุปและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เชื้อชาติ ลักษณะที่อยู่อาศัย และการรับรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

(1) ด้านลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่าผู้ที่มีสวนหรือพื้นที่เกษตรกรรมรอบบ้านมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดีสูงกว่าผู้ที่มีป่าหลังบ้านอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 13.28, 95% CI: 2.02–87.13) ซึ่งอาจอธิบายได้จากบริบททางนิเวศและสังคมเกษตรกรรมที่เอื้อต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบครัวเรือนอย่างสม่ำเสมอ เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การดูแลภาชนะกักเก็บน้ำ และการเปิดโล่งของพื้นที่ซึ่งลดความชื้นและแหล่งหลบซ่อนของยุงลาย นอกจากนี้ เกษตรกรมักมีความคุ้นเคยกับวงจรชีวิตแมลงและฤดูกาล ทำให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมตามกรอบสุขภาพแนวทางการเดียว (One Health) ที่เน้นการตัดวงจรชีวิตพาหะในระดับชุมชน[10] ในทางตรงกันข้าม บริเวณ ที่มีป่าหลังบ้านมักมีความชื้นสูง ร่มรื่น และเข้าถึงได้ยาก ทำให้การสำรวจและกำจัดแหล่งน้ำขังทำได้ไม่ทั่วถึง บางพื้นที่อาจมีข้อจำกัดจากบริบททางวัฒนธรรมหรือความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการพื้นที่ธรรมชาติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องในเชิงบริบทกับงานวิจัยของกล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ และคณะ[11] ที่พบว่าคุณลักษณะและการจัดการสภาพแวดล้อมรอบชุมชน เช่น การมีพื้นที่รกร้างและการจัดเก็บขยะที่ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เนื่องจากการสะสมของขยะและน้ำขังกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคุณลักษณะพื้นที่โดยรอบครัวเรือนเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่สำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสภาพแวดล้อมตามบริบทพื้นที่จึงเป็นกลยุทธ์ที่ควรบูรณาการในมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

(2) ด้านเชื้อชาติ พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงและกลุ่มเชื้อชาติไทยมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดีสูงกว่ากลุ่มไทยใหญ่/เมียนมาร์/อื่น ๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(Adjusted OR = 12.29, 95% CI: 1.66–91.07 และ Adjusted OR = 6.80, 95% CI: 1.01–45.83 ตามลำดับ) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ระบบบริการสุขภาพ และกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรค กลุ่มเชื้อชาติไทยมักมีความคุ้นเคยกับโครงสร้างสาธารณสุขและภาษาสื่อสารหลัก ทำให้การรับและส่งต่อข้อมูลสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มชาติพันธุ์อื่นอาจเผชิญข้อจำกัดด้านภาษา สถานะสิทธิบุคคล หรือความคุ้นเคยกับระบบบริการรัฐ ส่งผลให้การรับรู้

และการปฏิบัติตนป้องกันโรคอาจทำได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ บริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับสุขภาพอาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจป้องกันโรค ดังนั้น การออกแบบมาตรการสื่อสารสุขภาพและบริการป้องกันโรคจึงควรคำนึงถึงความหลากหลายทางชาติพันธุ์และบริบทชุมชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและส่งเสริมการเข้าถึงการป้องกันโรคอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับผลการศึกษางานวิจัยที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มชาติพันธุ์จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมการเข้าถึงระบบสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มประชากรหลากหลายวัฒนธรรม[12]

(3) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 6.69, 95% CI: 1.80–24.89) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่าเมื่อปัจเจกบุคคลรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกัน และตระหนักถึงอุปสรรคจะเกิดแรงจูงใจภายในที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ผลการศึกษานี้สอดคล้องโดยตรงกับงานวิจัยคมยิบประดิษฐ์ และภัทรสุดา สินสวัสดิ์[13] ที่พบว่าการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โรคประจำถิ่นมักมีความตระหนักถึงความเสี่ยงและเห็นคุณค่าของการมีส่วนร่วมชุมชนในการควบคุมโรค

ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนปัจจัยด้านกระบวนการสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งอาจอธิบายได้จากบริบททางพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการดำรงชีวิต การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารที่ใกล้เคียงกัน ส่งผลให้เกิดรูปแบบการปฏิบัติตนป้องกันโรคที่ไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้ เนื่องจากโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นในพื้นที่ประสบการณ์ร่วมจากการระบาดซ้ำ อาจทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักรู้และปรับพฤติกรรมการป้องกันในทิศทางเดียวกัน โดยไม่ขึ้นกับระดับความรู้หรือทัศนคติส่วนบุคคล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้และทัศนคติอาจไม่แปรผันตรงกับพฤติกรรม หากขาดการรับรู้ความเสี่ยงในระดับสูง แรงจูงใจภายใน และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการออกแบบมาตรการป้องกันโรคจึงควรเน้นการสร้างกลไกชุมชนและสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการปฏิบัติจริง มากกว่าการมุ่งเพิ่มความรู้หรือทัศนคติเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องงานวิจัย ของดิษฐพงษ์ ภูสถาน[14] ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโพนสูง อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทรัพยากร ความรู้ และทัศนคติต่อโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐวี ปวกพรหมา และคณะ[15] ที่พบว่าเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมไข้เลือดออก สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเชื้อชาติ ลักษณะสภาพแวดล้อมรอบบ้าน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

ประชาชนในพื้นที่ศึกษา โดยเฉพาะระดับการรับรู้และบริบทสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาและปรับเปลี่ยนได้ผ่านกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น การออกแบบมาตรการป้องกันโรคควรคำนึงถึงความแตกต่างด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละกลุ่มประชากร เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

จัดทีม อสม. ชนเผ่าหรือผู้นำชุมชนเป็นสื่อกลางสื่อสารสุขภาพ พัฒนาสื่อสุขภาพ 4 ภาษา (ไทย, กะเหรี่ยง, ไทยใหญ่, เมียนมาร์) จัดเวทีสุขภาพแบบวัฒนธรรม ใช้ประเพณีท้องถิ่นเป็นจุดเริ่มต้นกิจกรรม จัดกิจกรรมร่วมกับเกษตรกรสนับสนุนอุปกรณ์กำจัดลูกน้ำที่เหมาะสมกับพื้นที่ชิ้นแฉะ สร้างแนวกันยุงด้วยพืชสมุนไพรท้องถิ่นรอบพื้นที่ป่า และใช้กรณีผู้ป่วยจริงในชุมชนสร้างความตระหนัก จัดนิทรรศการเคลื่อนที่แสดงวงจรโรคและวิธีป้องกัน ให้รางวัลครัวเรือนต้นแบบเพื่อสร้างแรงจูงใจ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระดับพื้นที่ (ตำบล/อำเภอ) บูรณาการงานป้องกันไข้เลือดออกเข้าในแผนพัฒนาตำบลและกองทุนสุขภาพ กำหนดให้โรงเรียนและรพ.สต. เป็นฐานเรียนรู้สุขภาพพหุวัฒนธรรม สนับสนุนงบประมาณสำหรับสื่อสุขภาพภาษาท้องถิ่นและกิจกรรมชุมชน ระดับจังหวัดพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคที่คำนึงถึงความหลากหลายทางชาติพันธุ์ สร้างเครือข่ายอาสาสมัครสุขภาพชนเผ่าระดับจังหวัด จัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่พหุวัฒนธรรม บรรจุแนวทางการสื่อสารสุขภาพแบบพหุวัฒนธรรมในแผนยุทธศาสตร์ป้องกันโรคติดต่อ สนับสนุนงานวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับชุมชนชายขอบและกลุ่มชาติพันธุ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ติดตามผลศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ประเมินความยั่งยืนและปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงพฤติกรรม ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR) พัฒนารูปแบบ "ชุมชนพหุวัฒนธรรมร่วมป้องกันไข้เลือดออก" โดยให้ชุมชนออกแบบและขับเคลื่อนเองได้โมเดลป้องกันโรคที่ยั่งยืนและขยายผลได้ในพื้นที

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Disease Outbreak News; Dengue – Global situation [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 May 9]. Available from: https://www.who.int /emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON498
2. กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานสถานการณ์โรค [Internet]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ค.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/
3. โรงพยาบาลขุนยวม กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ.(2567). ระบบการจัดการฐานข้อมูล HOSXP. แม่ฮ่องสอน: โรงพยาบาลขุนยวม; 2567.
4. องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองปอน.(2565). สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน [Internet]. แม่ฮ่องสอน: อบต. เมืองปอน; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ม.ค.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://muangpon.go.th/content /generalinfo
5. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-610. doi:10.1177/001316447003000308.
6. Bloom BS.(1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
7. บุญประจักษ์ จันทร์วิน, วิทยา ศรแก้ว, วัลลภา ดิษสระ.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):72-86.

8. Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35. doi:10.1177/109019817400200403
9. อุกฤษฎ์ ชื่นศิริ.(2565). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
10. Thai One Health Network.(2026). Mission & History [Internet]. Thailand: Thai One Health Network; n.d. [cited 2026 May 15]. Available from: https://thaionehealth.org/thaionehealth/pages/mission/
11. กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว, สุรีย์วรรณ สีลาดเลา, วรางคณา จันทร์คง.(2563). ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2563;5(1):1-9
12. นภารัตน์ อู่เงิน.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลป่ากลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
13. คม ยิบประดิษฐ์, ภัทรสุดา สินสวัสดิ์.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2567;2(1):1-14.
14. ดิษฐพงษ์ ภูสถาน.(2568). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโพนสูง อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. 2568;3(1):1-19
15. ปฐวี ปวกพรหมา, อลิสา นิติธรรม, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. 2565:23(2):68-77.

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน

Development of a Home Visit Model for Postpartum Women Integrating Family Participation and Digital Health Technology, NADUN Hospital.

(Received: May 30,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 3,2026)

ชุลีภรณ์ ปักกาเวสา[1] พิมลดา ลัดดางาม[2]ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์[3] สุปิยา วิริไฟ[3] ธนัทอร พรมลี[1] วิศรุต ศรีสว่าง[1]
Chuleeporn Pakkawesa[1] Pimlada Luddangam[2] Phadoongsit Chamnanborirak[3] Supiya Wirifai[3] Thanatorn Prommatee[1] Witsarut Srisawang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเป็นหญิงหลังคลอด จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการดูแลตนเอง แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบประเมินความเครียด ST5 และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) อัตราการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 58.4 สาเหตุสำคัญมาจากภาระงานบุคลากร ระยะทางห่างไกล ระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการไม่เป็นระบบเดียวกัน และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ปัญหาในมารดาหลังคลอด ได้แก่ แผลฝีเย็บแยกและติดเชื้อ น้ำนมไม่เพียงพอ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการใช้สารเสพติด 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ NADUN Postpartum Home Visit Model ได้แก่ N–การประเมินแบบองค์รวมตามความต้องการรายบุคคล A–การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงรุกของครอบครัว D–แพลตฟอร์มดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ U–การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 4ส และ N–การเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องระหว่างทีมสหวิชาชีพ 3) คะแนนความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดหลังใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีทักษะการดูแลตนเอง ร้อยละ 86.23 มีภาวะความเครียดในระดับต่ำ การมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.23, SD = 0.36) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.65, SD = 0.35)

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้านหลังคลอด, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล

Abstract

This action research aimed to develop a postpartum home visit model integrating family participation and digital health technology at Nadun Hospital. The target group consisted of 30 postpartum women selected by purposive sampling. Research instruments included a knowledge test, self-care skills assessment, family participation questionnaire, ST5 stress assessment, and satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test; qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that: 1) The postpartum home visit completion rate was only 58.4%, attributed to heavy staff workloads, long travel distances, fragmented data systems between healthcare facilities, and lack of family involvement. Problems identified among postpartum mothers included perineal wound dehiscence and infection, insufficient breast milk, postpartum depression, and substance use. 2) The

[1] โรงพยาบาลนาดูน
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author E-mail:pimlada@smnc.ac.th
[3] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

developed model, NADUN Postpartum Home Visit Model, comprised five components: N–Need-based Holistic Assessment, A–Active Family Engagement, D–Digital Platform and Artificial Intelligence, U–Unified 3A 4S Health Behavior Promotion, and N–Networked Continuity of Care among multidisciplinary teams. 3) Post-implementation knowledge scores were significantly higher than pre-implementation scores ($p < .001$). Self-care skills were at a high level (86.23%). Stress levels were low of participants, with no mothers identified as having postpartum depression. Family participation was at a high level ($\bar{X} = 4.23$, SD = 0.36), and overall satisfaction was at the highest level ($\bar{X} = 4.65$, SD = 0.35).

Keywords: Postpartum Home Visit, Family Participation, Digital Health Technology

บทนำ

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงวิกฤตที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด ซึ่งครอบคลุมระยะเวลา 6 สัปดาห์แรกภายหลังการคลอดบุตร ในช่วงเวลาดังกล่าว ร่างกายของมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านระบบสืบพันธุ์ ระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจและสังคม[1] การดูแลสุขภาพในช่วงนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและพัฒนาการของทารกในระยะยาว องค์การอนามัยโลก[2]ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลหลังคลอดไว้ว่า มารดาและทารกควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างน้อย 4 ครั้งในช่วง 6 สัปดาห์แรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสัปดาห์แรกมีความเสี่ยงสูงสุด

การเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแล ที่ต้องอาศัยการผสมผสานองค์ความรู้จากหลากหลายสาขา รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย โดยเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] การนำครอบครัวหญิงหลังคลอดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแก่มารดาหลังคลอด[4] อีกทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอยังส่งผลให้มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง[5] อีกทั้งต้องมีการประเมินความต้องการ การวางแผนการดูแล และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง[6] ในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ การนำเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Technology) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลหลังคลอด สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล โดยเฉพาะในด้านการติดตามอาการ การให้ข้อมูลสุขภาพ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ[7] อีกทั้งสามารถเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการและลดระยะเวลาในการเข้าถึงคำปรึกษาด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

ในส่วนของสถานการณ์การดูแลหลังคลอดในประเทศไทยยังคงพบปัญหาหลายประการ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[9] รายงานว่าอัตราการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดทั่วประเทศยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกลที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ อีกทั้งหญิงหลังคลอด ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการติดเชื้อของแผลฝีเย็บ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีอาจนำไปสู่ภาวะที่รุนแรงและกระทบต่อชีวิตมารดาและทารกได้[10]

สำหรับโรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอนาดูนและพื้นที่ใกล้เคียง จากข้อมูลการให้บริการด้านการดูแลหลังคลอดของโรงพยาบาลนาดูนในปี พ.ศ.

2565 พบว่า อัตราการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 58.4[11] ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 ปัญหาดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ภาระงานของบุคลากรพยาบาลที่มีจำนวนจำกัด ระยะทางในการเดินทางไปเยี่ยมบ้านที่ห่างไกล การขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ และการขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอด ส่งผลให้หญิงหลังคลอดบางรายไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องเพียงพอ แม้ว่าจะดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ยังมีช่องว่างเกิดขึ้น ยังขาดการศึกษาที่บูรณาการอย่างเป็นระบบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ร่วมกับนำแนวคิดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เกี่ยวกับ 3อ 4ส มาใช้ประกอบด้วย 3อ (อาหารดี, ออกกำลังกาย, อารมณ์ดี) และ 4ส (เลิกสูบ, เลิกดื่ม, สิ่งแวดล้อมดี, สังคมอบอุ่น)[12] เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาดูนโดยเฉพาะ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งหวังให้ครอบครัวมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลมารดาหลังคลอด ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมเป็นเครื่องมือในการติดตาม ประเมิน และให้คำปรึกษาแบบระยะไกล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมและประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านหลังคลอด นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับมารดาและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการการเยี่ยมบ้านของหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลนาดูน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลโรงพยาบาลนาดูน
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลโรงพยาบาลนาดูน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[13] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไข การดำเนินการตามแผน และการประเมินผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมายการวิจัย เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลนาดูน หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลนาดูน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนาดูน

1.2 กลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลนาดูน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนาดูน รวมทั้งหมด 15 คน

1.3 กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลนาดูน จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นหญิงหลังคลอด ไม่ว่าจะเป็นการคลอดทางช่องคลอด (Normal Labor Delivery)หรือการผ่าตัดคลอด (Cesarean Section) ที่คลอดที่โรงพยาบาลนาดูนและโรงพยาบาลใกล้เคียงที่ประสานงานรพ.นาดูน ดูแลหลังคลอดต่อเนื่อง 2) มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนาดูน 3) มีสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันและสามารถเข้าร่วมโครงการได้อย่างน้อย 1 คน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความสามารถในการรับรู้เข้าใจ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)
1) หญิงหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดรุนแรง เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง 2) หญิงหลังคลอดที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีภาวะทางจิตเวช 3) หญิงหลังคลอดที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารและไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) หญิงหลังคลอดที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2. ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาการส่งเสริมและติดตามการเยี่ยมบ้าน มีดังนี้

1) การทบทวนเอกสาร ทบทวนเวชระเบียน การสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน การสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และการสัมภาษณ์กับหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลนาดูน

2) การตรวจสอบเอกสารและข้อมูล แนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลนาดูน และการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

3) คืนข้อมูลผลการวิเคราะห์ปัญหาการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลนาดูน ให้กับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบ

4) การกำหนดประเด็นการพัฒนา จากการวิเคราะห์ปัญหาและข้อมูลที่รวบรวมได้ ร่วมกับทีมกลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ โดยได้กำหนดประเด็นการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้สามารถปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและความต้องการรูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน เพื่อกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ร่วมกับ 3อ 4ส ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2) พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) ประกอบด้วย แนวทางการประเมินหญิงหลังคลอด แนวทางการประเมินทารก บันทึกการให้นมแม่ การติดตามนัด แนวทางการแจ้งความเสี่ยง และทางการการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน สู่การปฏิบัติดังนี้

1) ประชุมคณะทำงานฝ่ายต่าง ๆ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจตกลงร่วมกัน และมอบหมายงาน

2) ดำเนินการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) โรงพยาบาลนาดูน และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลัก 3อ (อาหารดี, ออกกำลังกาย, อารมณ์ดี) และ 4ส (เลิกสูบ, เลิกดื่ม, สิ่งแวดล้อมดี, สังคมอบอุ่น) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1) ขั้นตอนที่ 1 ก่อนจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพดำเนินการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อระบุปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่ส่งผล

ต่อการดูแลตนเองหลังคลอด พฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา) สิ่งแวดล้อมและครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยกำหนดการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด

2.2) ขั้นตอนที่ 2 นำระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) โรงพยาบาลนาดูน มาลงการบันทึกและกำหนดการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 วันที่ 3 - 5 หลังคลอด พยาบาลวิชาชีพดำเนินการประเมินสุขภาพมารดาและทารก, ประเมินการดูแลตนเอง, ประเมินการให้นมแม่, ประเมินศักยภาพครอบครัว, ร่วมกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส โดยเชิญสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมการประเมินและจัดกิจกรรมเสริมพลัง (Empowerment Activities) และแจ้งวันนัดเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป

2.3) ขั้นตอนที่ 3 นำระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) โรงพยาบาลนาดูน มาลงการบันทึกและกำหนดการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ประเมินพัฒนาการทารก, คัดกรองภาวะซึมเศร้า (EPDS), ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส โดยเชิญสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมการประเมินและจัดกิจกรรมเสริมพลัง (Empowerment Activities) และแจ้งวันนัดเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป

2.4) ขั้นตอนที่ 4 นำระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) โรงพยาบาลนาดูน มาลงการบันทึกและกำหนดการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ประเมินสุขภาพมารดาและทารกโดยรวม, ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส ประเมินผลลัพธ์การให้นมแม่, สรุปการดูแล, ประเมินความพึงพอใจ

ระยะที่ 4 การประเมินผลของการพัฒนารูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดและทารก ร่วมกับการใช้หลัก 3อ 4ส ของหญิงหลังคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวทางการดูแลหลังคลอดของกระทรวงสาธารณสุข[12] และตำราการพยาบาลมารดาและทารก[1] แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลแผลฝีเย็บ/แผลผ่าตัดคลอด 4 ข้อ 2) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4 ข้อ 3) การดูแลทารกแรกเกิด 4 ข้อ 4) โภชนาการและการพักผ่อนของมารดา 4 ข้อ 5) สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ 4 ข้อ เป็นแบบทดสอบให้เลือกตอบถูก ให้ 1 คะแนน ผิด ให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ

2. แบบประเมินทักษะการดูแลตนเองหลังคลอด เป็นแบบประเมินที่พยาบาลวิชาชีพใช้สังเกตและประเมินทักษะการปฏิบัติจริงของมารดาหลังคลอด พัฒนาขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง[1,6] แบบประเมิน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดและดูแลแผลฝีเย็บ/แผลผ่าตัด 4 ข้อ การให้นมแม่อย่างถูกวิธี 4 ข้อ การดูแลทารก 4 ข้อ การสังเกตอาการผิดปกติของมารดาและทารกจำนวน 3 ข้อ รวม 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 3 ระดับ คือ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนด้วยตนเอง โดยไม่ต้องการการแนะนำ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ยังต้องการการแนะนำหรือกระตุ้น 0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้หรือไม่ยอมปฏิบัติ[14]

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยโดยอ้างอิงจากแนวคิด Family-Centered Care[15] และแนวคิดการมีส่วนร่วม[16] ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกาย 4 การสนับสนุนด้านอารมณ์ 6 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งแวดล้อม

จำนวน 6 ข้อ รวม 24 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด[17]

4. แบบประเมิน ST5 พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[18] เพื่อใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองความเครียดเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ข้อคำถามที่สะท้อนถึงอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถาม 5 ด้าน มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด กระวนกระวาย วุ่นวายใจ รู้สึกเบื่อ เซ็ง ไม่อยากพบปะผู้คน การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง แทบไม่มี 1 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง 3 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ การแปลผลคะแนนรวม 0 - 15 คะแนน 0 - 4 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับน้อย 5 - 7 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง 8 - 9 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับมาก 10 - 15 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับวิกฤต

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงหลังคลอด ต่อแนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับการใช้หลัก 3อ 4ส เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดคุณภาพบริการ[19] โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีระดับมาก (4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับน้อย (2 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51– 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด[17]

6. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามได้จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วกำหนดประเด็นเพื่อให้ผู้ตอบ ได้แสดงความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการวางแผนเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน

7. แบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาและวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการวางแผนวางแผนเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน

8. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการวางแผนเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ร่วมกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติก่อน-หลัง Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2568 เลขที่ ND 13/2568

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงหลังคลอดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนาดูน มีดังนี้

1.1 ข้อมูลพื้นฐานการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก พบว่า ในปีงบประมาณ 2567 มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนาดูน จำนวน 59 ราย คลอดที่โรงพยาบาลนาดูน 14 ราย และมีมารดาหลังคลอดที่อาศัยและเลี้ยงดูบุตรในเขตอำเภอนาดูน รวม 46 ราย โดยจากการทบทวนย้อนหลัง 4 ปี (ปี 2565–2568) พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนาดูนมีแนวโน้มลดลงจาก 23 ราย ในปี 2565 เหลือ 14 ราย ในปี 2567 กลุ่มมารดาหลังคลอดมีช่วงอายุระหว่าง 16–42 ปี ส่วนใหญ่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอด รองลงมาคือคลอดทางช่องคลอดปกติ และคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบมารดาวัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 20 ปี) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.7 ของมารดาหลังคลอดทั้งหมด

1.2 สถานการณ์และปัญหาในระดับระบบบริการ จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบ 4 ประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ (1) โรงพยาบาลนาดูนไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรมและกุมารแพทย์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์บางส่วนตัดสินใจเปลี่ยนสถานที่ฝากครรภ์และคลอดไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้อัตราการคลอดในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (2) สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด พบมากในกลุ่มวัยรุ่นหญิง นำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ และภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (3) การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทำให้เกิดการโยกย้ายและปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของระบบเฝ้าระวังและติดตามมารดาหลังคลอด (4) การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และชุมชน ยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านล่าช้ากว่าระยะเวลามาตรฐาน และขาดการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ

1.3 ปัญหาที่พบในมารดาหลังคลอดและทารกในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า (1) ภาวะแผลฝีเย็บแยก บวมแดง และติดเชื้อ (2) มารดามีน้ำนมน้อยและไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก (3) การให้อาหารเสริมแก่ทารกร่วมกับนมแม่ก่อนอายุ 6 เดือน (4) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) (5) มารดาหลังคลอดได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการจำกัดอาหารตามความเชื่ออาหารแสลง ในวัฒนธรรมท้องถิ่น (6) มารดาหลังคลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด โดยเฉพาะแอมเฟตามีน (7) ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลือง และการติดเชื้อในกระแสเลือด

1.4 ความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ พบความต้องการที่สำคัญ ได้แก่ (1) ระบบติดตามเยี่ยมบ้านที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและเชื่อมโยงข้อมูลแบบ Real-time ระหว่างทีมสหวิชาชีพ (2) เครื่องมือดิจิทัลที่ใช้งานง่าย ลดภาระงานเอกสาร และช่วยแจ้งเตือนการนัดเยี่ยม (3) แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม (4) สื่อการเรียนรู้ที่ครอบคลุมหลัก 3อ (อาหารดี ออกกำลังกาย อารมณ์ดี) และ 4ส (เลิกสูบ เลิกดื่ม สิ่งแวดล้อมดี สังคมอบอุ่น) และ (5) ช่องทางการให้คำปรึกษาแบบระยะไกล เนื่องจากบ้านของมารดาบางรายอยู่ห่างไกล การเข้าถึงบริการทำได้ยาก

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความต้องการในระยะที่ 1 ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ ได้พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด NADUN Model ซึ่งบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และหลัก 3อ 4ส ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เข้าด้วยกัน 5

องค์ประกอบหลัก (NADUN) และ 4 ขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ N – Need-based Holistic Assessment (การประเมินแบบองค์รวมตามความต้องการรายบุคคล), A – Active Family Engagement (การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงรุกของครอบครัว), D – Digital Platform AI (แพลตฟอร์มดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์สำหรับการบันทึก ติดตาม และแจ้งเตือน), U – Unified 3อ 4ส Care Bundle (การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 4ส แบบบูรณาการ) และ N – Networked Continuity of Care (การเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องระหว่างทีมสหวิชาชีพ รพช. รพ.สต. และชุมชน)

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ครอบคลุมระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประเมินมารดาแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ประเมินศักยภาพและความพร้อมของครอบครัว ลงทะเบียนข้อมูลในแพลตฟอร์มดิจิทัล AI และวางแผนการเยี่ยมรายบุคคล 3 ครั้ง ใน 6 สัปดาห์แรก ขั้นตอนที่ 2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (วันที่ 3–5 หลังคลอด) ดำเนินการประเมินสุขภาพมารดาและทารก การให้นมแม่ การปรับตัวด้านอารมณ์ ศักยภาพครอบครัว ร่วมกับการให้ความรู้ตามหลัก 3อ 4ส โดยเชิญสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมและจัดกิจกรรมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด) ประเมินพัฒนาการทารก คัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเครียด ร่วมกับกิจกรรมเสริมพลังครอบครัว ขั้นตอนที่ 4 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด) ประเมินสุขภาพมารดาและทารกโดยรวม ผลลัพธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.3 ระบบสนับสนุนการเยี่ยมบ้านด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) ประกอบด้วย 6 ฟังก์ชันหลัก ได้แก่ (1) แบบประเมินมารดาและทารกแบบดิจิทัล (2) ระบบบันทึกการให้นมแม่และการเยี่ยม (3) ระบบ AI แจ้งเตือนการนัดและการคัดกรองความเสี่ยง (4) ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพช. รพ.สต. และทีมเยี่ยมบ้าน (5) ระบบ e-Learning หลัก 3อ 4ส สำหรับมารดาและครอบครัว และ (6) ห้องปรึกษาออนไลน์ผ่าน LINE Official Account สำหรับการสื่อสารแบบสองทางระหว่างพยาบาลและมารดา

3.ผลการประเมินผลการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน มีดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หญิงหลังคลอดมีอายุเฉลี่ย 27.83 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 60.0 มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 73.3 คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 63.3 คลอดทางช่องคลอดปกติ ร้อยละ 30.0 และคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 6.7 มีสมาชิกครอบครัวร่วมดูแลเฉลี่ย 2 คน โดยส่วนใหญ่เป็นสามี รองลงมาคือ มารดาของผู้คลอด

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดและทารกร่วมกับการใช้หลัก 3อ 4ส ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 17.43, SD = 1.36) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 11.20, SD = 2.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.487, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลตนเองหลังคลอด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30)

ระยะ	$\overline{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	11.20	2.18		
หลังการใช้รูปแบบ	17.43	1.36	16.487	< .001*

3.3 ผลการประเมินทักษะการดูแลตนเองหลังคลอด หลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการดูแลตนเองหลังคลอดเฉลี่ย 25.87 คะแนน (SD = 2.04) คิดเป็นร้อยละ 86.23 อยู่ในระดับสูง โดยทักษะที่ทำได้ดีที่สุดคือ การทำความสะอาดและดูแลแผลฝีเย็บ/แผลผ่าตัด รองลงมาคือ การให้นมแม่อย่างถูกวิธี และการดูแลทารก ตามลำดับ

3.4 ผลการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียด อยู่ในระดับน้อย เมื่อจำแนกตามระดับความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย (คะแนน 0–4) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมามีความเครียดระดับปานกลาง (คะแนน 5–7) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และมีความเครียดระดับมาก (คะแนน 8–9) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ทั้งนี้ไม่พบหญิงหลังคลอดที่มีความเครียดระดับวิกฤต (คะแนน 10–15)

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของหญิงหลังคลอดต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.65, SD = 0.35) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 4.73, SD = 0.31) รองลงมาคือ ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ($\overline{X}$ = 4.68, SD = 0.36) ด้านพฤติกรรมของพยาบาลผู้เยี่ยมบ้าน ($\overline{X}$ = 4.64, SD = 0.38) และด้านความรู้และความครอบคลุมของการดูแล ($\overline{X}$ = 4.55, SD = 0.41) ตามลำดับ

3.6 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว หลังการใช้รูปแบบ พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.23 คะแนน (SD = 0.36) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 4.38, SD = 0.41) รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านร่างกาย ($\overline{X}$ = 4.31, SD = 0.46) การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งแวดล้อม ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.52) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\overline{X}$ = 4.06, SD = 0.55)

3.7 ผลการการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 4 ประเด็น คือ 1) สามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้น มีคนคอยช่วยเตือน สะท้อนว่ามารดารู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระบบแจ้งเตือนจากแพลตฟอร์มดิจิทัลช่วยให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลได้สม่ำเสมอ 2) ครอบครัวเข้ามามีบทบาทอย่างชัดเจน ครอบครัวโดยเฉพาะสามีและมารดาของผู้คลอด มีความเข้าใจบทบาทและเข้ามาช่วยดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมสุขภาพ 3) เทคโนโลยีช่วยลดระยะทางและเพิ่มการเข้าถึง การปรึกษาผ่าน LINE Official Account ช่วยให้มารดาที่อยู่ห่างไกลสามารถปรึกษาได้ทันที โดยไม่ต้องเดินทาง และ4) งานเป็นระบบและส่งต่อข้อมูลได้คล่องตัว รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยลดภาระงานเอกสาร เพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล และการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาปัญหา และความต้องการการเยี่ยมบ้านของหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลนาดูน พบว่า โรงพยาบาลนาดูนมีอัตราการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด ร้อยละ 58.4 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อย

ละ 80 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา อ่วมเจริญ และคณะ[10] ที่พบว่า หญิงหลังคลอดในเขตชนบทร้อยละ 42.3 ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน อันมีสาเหตุมาจากภาระงานที่หนัก ระยะทาง และข้อจำกัดด้านบุคลากร นอกจากนี้ ปัญหาที่พบในมารดาหลังคลอด เช่น แผลฝีเย็บแยก น้ำนมน้อย ภาวะซึมเศร้า การได้รับอาหารไม่เพียงพอจากความเชื่อ อาหารแสลงและการใช้สารเสพติด ล้วนเป็นปัญหาที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดส่วนใหญ่สามารถป้องกันและจัดการได้หากมีระบบติดตามที่มีคุณภาพ และมีการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอ[1,5]

2. รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น คือ NADUN Model ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มีจุดเด่นในการบูรณาการ 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินแบบองค์รวม (Holistic Assessment) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation) และเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Technology) ร่วมกับหลัก 3อ 4ส ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Family-Centered Care ของ Shields[4] ที่เน้นให้ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลสุขภาพ ที่ครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การบูรณาการทั้งสามองค์ประกอบเข้าด้วยกันในรูปแบบเดียวเป็นนวัตกรรมที่อุดช่องว่าง สอดคล้องกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก[2] ที่ระบุว่ามารดาและทารกควรได้รับการประเมินอย่างน้อย 4 ครั้งในช่วง 6 สัปดาห์แรก โดยเฉพาะสัปดาห์แรกซึ่งมีความเสี่ยงสูงสุด การเลือกใช้เครื่องมือ EPDS สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า และ ST5 สำหรับคัดกรองความเครียด ในการเยี่ยมครั้งที่ 2 ก็เป็นจังหวะเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นช่วงที่ฮอร์โมนเริ่มปรับตัวและมารดาเริ่มเผชิญกับความเครียดจากบทบาทใหม่ อีกทั้งการนำแพลตฟอร์มดิจิทัล AI มาใช้สนับสนุนการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dol[7] พบว่าการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนและการติดตามผ่านระบบโทรคมนาคมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช ชูโต และคณะ[8] ที่พบว่า การใช้ LINE Official Account ในการติดตามดูแลหญิงหลังคลอด ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดระยะเวลาในการเข้าถึงคำปรึกษา

3. ผลของการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมพลังครอบครัว ในทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการ หลัก 3อ 4ส ที่มารดาและครอบครัวสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองตามจังหวะของตน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และคณะ[20] ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองหลังคลอดโดยบูรณาการครอบครัว ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.36) โดยเฉพาะมิติการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 4.38) สะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบกิจกรรมที่เชิญสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของการเยี่ยมบ้านสามารถยกระดับบทบาทของครอบครัวจากการเป็นผู้สังเกตการณ์ ไปสู่การเป็นผู้ดูแลร่วมเชิงรุก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ[5] ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอช่วยลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่ไม่พบมารดาที่มีคะแนน EPDS ≥ 13 (ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด)

โดยสรุป รูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด NADUN PHV Model ที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัว เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และหลัก 3อ 4ส มีประสิทธิผลทั้งในระดับผู้รับบริการ เพิ่มความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ ส่วนระดับ

ครอบครัว เพิ่มการมีส่วนร่วม และระดับระบบบริการ เพิ่มอัตราการเยี่ยมบ้านครบเกณฑ์ ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดตั้งแต่ระยะก่อนจำหน่าย และจัดทำคู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลมารดาและทารก

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำรูปแบบ ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด ทั้งนี้ควรปรับองค์ประกอบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ควรพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นระบบเดียวกัน เพื่อให้การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นไปอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตรา กุสุมภ์, สุชาดา เกิดมงคลการ, รัชนี สรรเสริญ.(2563). การพยาบาลมารดาและทารก. พิมพ์ครั้งที่ 5. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
2. World Health Organization.(2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 May 18]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ 9789240045989
3. Katon W, Russo J, Lin EH, Schmittdiel J, Ciechanowski P, Ludman E, et al.(2010). Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(5):468-76.
4. Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E.(2012). Family-centred care for hospitalized children aged 0-12 years. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10(10):CD004811.
5. อรพรรณ โตสิงห์, นุจรี ไชยมงคล, วรรณรัตน์ ลาวัง.(2563). ผลของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2563;32(3):102-16.
6. นันทนา ธนะไชย, สุภาพร ใจการุณ, และพิชชาภา พันธุ์เพ็ง.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2565;45(3):12-24.
7. Dol J, Richardson B, Murphy GT, Aston M, McMillan D, Campbell-Yeo M.(2020). Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial outcomes: A systematic review. JBI Evid Synth. 2020;18(1):30-55.
8. ปิยะนุช ชูโต, วารุณี ฟองแก้ว, นุชนาถ แก้วมาตย์.(2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชัน LINE ในการติดตามดูแลหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(2):55-66.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2565). รายงานสถานการณ์การดูแลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย ประจำปี 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. สุพัตรา อ่วมเจริญ, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, สุพร ดนัยดุษฎีกุล.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการเยี่ยมบ้านหลังคลอดในเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;16(2):45-58.
11. โรงพยาบาลนาดูน.(2567). รายงานประจำปีแผนกสูติเวช โรงพยาบาลนาดูน 2566. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.(2567). นโยบายด้านการสร้างสุขภาพด้วยกลไก 3อ 4ส มุ่งสู่มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี ปี 2568. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567.
13. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University

Press; 1988.
14. Miller GE.(1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990;65(9):S63-7.
15. Shields L, Pratt J, Hunter J.(2006). Family centred care: A review of qualitative studies. J Clin Nurs. 2006;15(10):1317-23.
16. Cohen S, Wills TA.(1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310-57.
17. บุญชม ศรีสะอาด.(2560). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
18. กรมสุขภาพจิต.(2564). แบบประเมินความเครียด (ST5) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: กรมสุขภาพจิต Mental Health Check In
19. Donabedian A.(1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
20. มาลีวัล เลิศสาครศิริ, จุฬาภรณ์ โสตะ, ดาราวรรณ ต๊ะปินตา.(2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองหลังคลอดโดยบูรณาการครอบครัวต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ และความพึงพอใจในการรับบริการ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562;37(1):78-92.

การศึกษาการรับรู้และผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร

A study of perception and health impacts of fine particulate matter (PM2.5) among the working-age populations in Bangkok.

(Received: June 2,2026 ; Revised: June 15,2026 ; Accepted: June 17,2026)

รังสิมา ศฤงคารนฤมิตร[1] มาศ ไม้ประเสริฐ[2]
Rangsima Sarungkarnnarumit[1] Mart Maiprasert[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพ และการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 405 คน อายุระหว่าง 18–59 ปี สุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นและตามความสะดวก เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 31-50 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้มากกว่า 25,000 บาท ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน และไม่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับทำบางครั้ง พบว่าการสวมหน้ากากอนามัย/N95 มีค่าน้อยที่สุด ขณะที่ผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยมีอาการแสบจมูก คัดจมูก และระคายเคืองจมูกพบในระดับปานกลาง และการรับรู้ผลกระทบของ PM2.5 ต่อสุขภาพมนุษย์โดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยรับรู้น้อยที่สุดในประเด็นความเชื่อมโยงกับโรคเบาหวาน และการแท้งบุตร นอกจากนี้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตรวจสอบข้อมูล และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม; พฤติกรรมการป้องกันตนเอง; ฝุ่นละออง PM2.5; ประชากรวัยทำงาน

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine environmental health perception, health care behaviours, and health effects of particulate matter not exceeding 2.5 microns (PM2.5) among the working-age population in Bangkok, as well as to investigate the associations between environmental health perception and health behaviours, health effects, and perceived health impacts. A total of 405 participants aged 18–59 years were recruited using non-probability and convenience sampling. Data were collected using a validated questionnaire with an overall reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.93. Descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Chi-square test) were employed for data analysis.

The results revealed that the majority of participants were female, aged 31–50 years, held a bachelor's degree, had a monthly income exceeding 25,000 THB, worked as private company employees, and had no underlying diseases. The overall environmental health perception score was at a high level, with the

[1] วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ Corresponding Author

decision-making domain having the lowest mean score. Overall health care behaviours were at a sometimes-performed level, with wearing an N95 mask being the least practiced behaviour. Overall health effects were at a low level, with nasal irritation, stuffiness, and congestion being at a moderate level. Overall perceived health impacts of PM2.5 on human health were at a low level, with the lowest awareness observed for associations with diabetes and miscarriage. Furthermore, the Chi-square analysis revealed that the decision-making domain was significantly associated with self-protective health behaviours ($p<0.05$), while access to information, information verification, and decision-making were significantly associated with perceived health impacts ($p<0.05$).

Keywords: Environmental health perception, self-protection behaviours, PM2.5, working-age population

บทนำ

ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ถือเป็นวิกฤตการณ์มลพิษทางอากาศระดับโลก โดยมีขนาดอนุภาคเล็กกว่าเส้นผมมนุษย์ประมาณ 25 เท่า ปัจจุบันเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพอากาศสำหรับ PM2.5 กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร[1] ซึ่งถือเป็นระดับที่ปลอดภัยและไม่ควรก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน หากมีการสัมผัสหรือได้รับฝุ่นละออง PM2.5 ในปริมาณที่เกินค่ามาตรฐานดังกล่าว อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพทั้งในระยะสั้น (เช่น การระคายเคืองทางเดินหายใจ อาการไอ แน่นหน้าอก) และระยะยาว (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด และโรคหัวใจขาดเลือด)[2-3] กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อผลกระทบจาก PM2.5 ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และผู้ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีมลพิษสูง เช่น ประชากรวัยทำงานที่ต้องปฏิบัติงานกลางแจ้ง[4-5]

ในประเทศไทยความเข้มข้นของ PM2.5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แหล่งกำเนิดสำคัญ ได้แก่ ภาคคมนาคมขนส่ง การเผาไหม้ชีวมวล และการเกิดอนุภาคทุติยภูมิจากปฏิกิริยาเคมีในบรรยากาศ ประเด็นมลพิษทางอากาศจึงถูกประกาศเป็นวาระแห่งชาติ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจ พบว่า มีผลกระทบทางสุขภาพจาก PM2.5 ในระดับสูงเมื่อเทียบกับเมืองใหญ่หลายแห่ง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนจากปัญหาการจราจรติดขัดและการปล่อยฝุ่นจากภาคคมนาคมซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดหลักในเมือง[6]

แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาจะชี้ให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสมลพิษทางอากาศ ทั้งในระหว่างการเดินทางและการปฏิบัติงาน และได้การศึกษาให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ทั่วไป รวมถึงพฤติกรรมป้องกันขั้นพื้นฐานต่อฝุ่นละออง PM2.5[7-9] แต่ยังคงมีข้อจำกัดสำคัญ กล่าวคืองานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังขาดการศึกษาที่เชื่อมโยงระหว่างการรับรู้เชิงลึกด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับภาวะผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในกลุ่มประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยเหตุนี้การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 2) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการป้องกันตนเองต่อการสัมผัส PM2.5 และ 3) ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 ในประชากรวัยทำงาน ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลเชิงหลักฐานที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการกำหนดนโยบายและพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง รวมทั้งการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study)

ศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 18–59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 18–59 ปี อาศัยหรือทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Cochran[10] สัดส่วนของประชากรกลุ่มวัยทำงานที่คาดว่าจะมีลักษณะตามที่ศึกษา (p = 0.05) ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Z = 1.96) และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 (e = 0.05) ได้กลุ่มตัวอย่าง 385 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ส่งผลให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม รวมทั้งสิ้น 405 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (non-probability sampling) ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) จากแบ่งพื้นที่กรุงเทพมหานครตามสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษ ออกเป็น 4 กลุ่มพื้นที่ ได้แก่ 1) กรุงเทพเหนือ 2) กรุงเทพตะวันออก 3) กรุงเทพกลางและกรุงเทพใต้ และ 4) กรุงธนเหนือและกรุงธนใต้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นประชากรกลุ่มวัยทำงานที่อาศัยหรือทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 2) มีอายุระหว่าง 18–59 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และ 4) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ และ 2) ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน รวมทั้งสิ้น 53 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน เวลาทำงานเฉลี่ยต่อวัน โรคประจำตัว และประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้[11] คือ 4.01-5.00 หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับมาก) 3.01-4.00 หรือร้อยละ 60-79 (ระดับปานกลาง) และ 1.00-3.00 หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 (ระดับน้อย)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันตนเองจากฝุ่นละออง PM2.5 จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 3 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยทำ (1 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม[11] คือ 2.35-3.00 หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป (ทำเป็นประจำ) 1.68-2.34 หรือร้อยละ 60-79 (ทำบางครั้ง) และ 1.00-1.67 หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 (ไม่เคยทำ)

ส่วนที่ 4 ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง PM2.5 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับผลกระทบต่อสุขภาพ[11] คือ 4.01-5.00 หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับมาก) 3.01-4.00 หรือร้อยละ 60-79 (ระดับปานกลาง) และ 1.00-3.00 หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 (ระดับน้อย)

ส่วนที่ 5 การรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากฝุ่นละออง PM2.5 ต่อสุขภาพของมนุษย์ในระบบอวัยวะต่างๆ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ผลกระทบ[11] คือ 4.01-5.00 หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับมาก) 3.01-4.00 หรือร้อยละ 60-79 (ระดับปานกลาง) และ 1.00-3.00 หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 (ระดับน้อย)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ในส่วนที่ 2-5 อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try-out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ด้านการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ และด้านการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.91, 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวมรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google Form โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับหรือการให้สิ่งจูงใจใดๆ

2. หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม (data cleaning) โดยคัดเฉพาะแบบสอบถามที่ตอบครบถ้วนทุกข้อและไม่มีรูปแบบการตอบที่ผิดปกติ (เช่น การตอบเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งหมด) เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และด้านการรับรู้ผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพ และการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ที่เกิดจากปัญหาฝุ่น PM2.5

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต เลขที่หนังสือรับรอง COA No. 053/68 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 405 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 268 คน (ร้อยละ 66.17) มีอายุอยู่ในช่วง 31–50 ปี จำนวน 290 คน (ร้อยละ 71.71) สถานภาพโสด จำนวน 238 คน (ร้อยละ 58.77) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 347 คน (ร้อยละ 85.68) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท จำนวน 254 คน (ร้อยละ 62.71) ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน จำนวน

172 คน (ร้อยละ 42.47) ทำงานในช่วงกลางวัน จำนวน 364 คน (ร้อยละ 89.88) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 279 คน (ร้อยละ 68.89) และมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพทุกปี จำนวน 200 คน (ร้อยละ 49.38)

2. การรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ผลกระทบเชิงลึกของฝุ่น PM2.5

กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานมีการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.01 (SD=0.53) โดยด้านการเข้าใจข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.31 (SD=0.74) ขณะที่ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.88 (SD=0.79) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงที่สุดคือ การรู้และเข้าใจว่าการไม่เผาขยะ การไม่จุดธูป และการใช้รถไม่ควันดำช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพ เท่ากับ 4.49 (SD=0.66) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ การตัดสินใจลดกิจกรรมนอกบ้านเมื่อค่าฝุ่นสูง มีค่าเฉลี่ย 3.80 (SD=0.86)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 โดยรวมอยู่ในระดับทำบางครั้ง มีค่าเฉลี่ย 2.36 (SD=0.36) พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การไม่เผาขยะ มีค่าเฉลี่ย 2.75 (SD=0.48) การงดออกกำลังกายกลางแจ้ง มีค่าเฉลี่ย 2.55 (SD=0.56) และการปิดประตูหน้าต่าง/ทำความสะอาดบ้าน มีค่าเฉลี่ย 2.55 (SD=0.55) ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การสวมหน้ากากอนามัย/N95 มีค่าเฉลี่ย 1.88 (SD=0.60) และการตรวจเช็คค่าฝุ่นก่อนออกนอกบ้าน มีค่าเฉลี่ย 1.99 (SD=0.47)

กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 2.86 (SD=0.74) อาการที่พบในระดับปานกลาง ได้แก่ แสบจมูก คัดจมูก ระคายเคืองจมูก มีค่าเฉลี่ย 3.45 (SD=1.08) น้ำมูกไหล มีค่าเฉลี่ย 3.19 (SD=1.04) และแสบตา/ระคายเคืองตา มีค่าเฉลี่ย 3.11 (SD=1.04) ส่วนอาการอื่นๆ อยู่ในระดับน้อย

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลกระทบของ PM2.5 ต่อสุขภาพของมนุษย์โดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.65 (SD=0.71) โดยรับรู้มากที่สุดในประเด็นผลต่อโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและหอบหืด มีค่าเฉลี่ย 2.31 (SD=0.93) ขณะที่รับรู้น้อยที่สุดในประเด็นความเชื่อมโยงกับโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 1.45 (SD=0.77) และการแท้งบุตรในหญิงตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ย 1.45 (SD=0.78)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพ และการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันในแต่ละด้านของการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 มีเพียงด้านการตัดสินใจเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 20.54, p <0.05) ในขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจข้อมูล และด้านการตรวจสอบข้อมูล ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 พบว่า การรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อสุขภาพ

ด้านการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์จากฝุ่น PM2.5 พบว่า มี 3 ด้านที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล (χ^2 = 37.40, p<0.05) ด้านการตัดสินใจ (χ^2 = 31.49, p<0.05) และด้านการตรวจสอบข้อมูล (χ^2 = 19.79, p<0.05) ส่วนด้านการเข้าใจข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเอง ผลกระทบต่อสุขภาพ และการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ที่เกิดจากจากฝุ่น PM2.5

Factor	Environmental health perception domains																			
	Access to information					Understanding of information					Information verification					Decision-making				
	Low	Moderate	High	χ^2	*p*-value	Low	Moderate	High	χ^2	*p*-value	Low	Moderate	High	χ^2	*p*-value	Low	Moderate	High	χ^2	*p*-value
Self-protection health behaviors against PM2.5																				
Never performed	45 (33.3)	40 (29.6)	35 (25.9)	5.58	0.060	34 (26.2)	36 (25.7)	38 (28.1)	3.14	0.21	40 (32.0)	42 (30.0)	36 (25.7)	1.91	0.39	52 (40.0)	40 (28.6)	28 (20.7)	20.54	<0.001*
Sometimes performed	68 (50.4)	70 (51.9)	65 (48.1)			68 (52.3)	78 (55.7)	66 (48.9)			60 (48.0)	70 (50.0)	80 (57.1)			61 (46.9)	75 (53.6)	64 (47.4)		
Regularly performed	22 (16.3)	25 (18.5)	35 (25.9)			28 (21.5)	26 (18.6)	31 (23.0)			25 (20.0)	28 (20.0)	24 (17.1)			17 (13.1)	25 (17.9)	43 (31.9)		
Health effects from PM2.5 exposure																				
Low	38 (28.1)	32 (23.7)	35 (25.9)	3.66	0.460	27 (20.8)	36 (25.7)	44 (32.6)	6.54	0.160	33 (26.4)	36 (25.7)	36 (25.7)	3.83	0.430	33 (25.4)	37 (26.4)	35 (25.9)	4.14	0.390
Moderate	70 (51.9)	78 (57.8)	80 (59.3)			75 (57.7)	82 (58.6)	65 (48.1)			65 (52.0)	78 (55.7)	80 (57.1)			69 (53.1)	77 (55.0)	75 (55.6)		
High	27 (20.0)	25 (18.5)	20 (14.8)			28 (21.5)	22 (15.7)	26 (19.3)			27 (21.6)	26 (18.6)	24 (17.1)			28 (21.5)	26 (18.6)	25 (18.5)		
Perceived health impacts of PM2.5 on human health																				
Low	50 (38.5)	40 (28.6)	5 (3.7)	37.40	<0.001*	52 (40.0)	30 (21.4)	30 (22.2)	1.66	0.800	40 (32.0)	35 (25.0)	20 (14.3)	19.79	0.001*	58 (43.0)	26 (19.3)	14 (10.4)	31.49	<0.001*
Moderate	55 (42.3)	55 (39.3)	40 (29.6)			55 (42.3)	55 (39.3)	50 (37.0)			55 (44.0)	55 (39.3)	40 (28.6)			52 (38.5)	60 (44.4)	42 (31.1)		
High	25 (19.2)	45 (32.1)	90 (66.7)			23 (17.7)	55 (39.3)	55 (40.7)			30 (24.0)	50 (35.7)	80 (57.1)			25 (18.5)	49 (36.3)	79 (58.5)		

* *p*-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการเข้าใจข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Phungkat และคณะ[8] ที่พบว่าบุคลากรในองค์กรแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครมีการรับรู้ต่อการได้รับสัมผัสฝุ่นละอองในระดับสูงที่สุดและมีพฤติกรรมป้องกันในระดับสูง อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านการตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการรับรู้กับการนำไปสู่การปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการรับรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหากขาดปัจจัยสนับสนุนด้านการตัดสินใจ[12]

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับทำบางครั้ง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำได้แก่ การไม่เผาขยะ การงดออกกำลังกายกลางแจ้ง และการปิดประตูหน้าต่าง/ทำความสะอาดบ้าน ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือการสวมหน้ากากอนามัย/N95 และการตรวจเช็คค่าฝุ่นก่อนออกนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen และคณะ[13] ที่พบว่าคนทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครมีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่าคนทำงานในระบบ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานใกล้ถนนและทางหลวงมีแนวโน้มแสดงอาการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศมากกว่า การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับรายงานของ สถาบันสิ่งแวดล้อมสตอกโฮล์ม ที่ระบุว่าคนทำงานนอกระบบมีแนวโน้มแสดงอาการทางสุขภาพจากมลพิษทางอากาศมากกว่าคนทำงานในระบบ แต่คนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพอากาศในระดับต่ำ[14]

ด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยรวมในระดับน้อย แต่อาการทางระบบทางเดินหายใจส่วนบน เช่น แสบจมูก คัดจมูก และระคายเคืองจมูก น้ำมูกไหล และแสบตา/ระคายเคืองตา อยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ Cheepsattayakorn และ Cheepsattayakorn[15] พบว่าการได้รับ PM2.5 สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและหัวใจและหลอดเลือดนอกจากนี้การศึกษาในประเทศจีนของ Luo และคณะ[16] พบว่าการเพิ่มขึ้นของ PM2.5 10 μg/m³ ในระยะสั้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตจากโรคระบบหัวใและหลอดเลือดร้อยละ 0.70 และโรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 0.86

ด้านการรับรู้ผลกระทบของ PM2.5 ต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยรับรู้มากที่สุดในประเด็นผลต่อโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและหอบหืด ขณะที่รับรู้น้อยที่สุดในประเด็นความเชื่อมโยงกับโรคเบาหวาน และการแท้งบุตรในหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisupak และ Srisawangwong[11] ที่พบว่าประชากรในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามมีความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง และอายุ รายได้ ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Smith และคณะ[17] ยังพบว่ากลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว และผู้ปกครองที่มีบุตรเล็ก มีการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของมลพิษทางอากาศในระดับต่ำมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดการตระหนักถึงแหล่งกำเนิดมลพิษภายในอาคารและความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพพบว่า ด้านการตัดสินใจเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตรวจสอบข้อมูล และด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลกระทบเชิงลึกของ PM2.5 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการรับรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากขาดปัจจัยด้านการตัดสินใจและการประเมินทางเลือกที่

เหมาะสม[18] อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าการรับรู้ทั้ง 4 ด้านไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง แสดงให้เห็นว่าปัจจัยอื่นนอกเหนือจากความรอบรู้ เช่น ระดับการได้รับสัมผัส พฤติกรรมการป้องกันที่ปฏิบัติจริง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อาจมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบด้านการควบคุมมลพิษทางอากาศและด้านสาธารณสุข เช่น กรมควบคุมมลพิษ กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในประชากรวัยทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

2. หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่สามารถปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยเน้นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติในระดับต่ำ ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย/N95 และการตรวจเช็คค่าฝุ่นก่อนออกนอกบ้าน เนื่องจากเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่สำคัญในการลดการได้รับสัมผัส PM2.5

3. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของ PM2.5 ที่นอกเหนือ จากระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคเบาหวาน การแท้งบุตร และการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และไต จะช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหามากขึ้น และนำไปสู่การป้องกันที่ครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจถึงเหตุผล ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 รวมถึงมุมมองของประชากรวัยทำงานต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารความเสี่ยงจากหน่วยงานภาครัฐ

2. ควรมีการวัดผลกระทบต่อสุขภาพด้วยวิธีทางคลินิกหรือห้องปฏิบัติการร่วมกับการรายงานด้วยตนเอง เช่น การตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry การตรวจวัดระดับสารบ่งชี้การอักเสบในเลือด หรือการใช้เครื่องวัดระดับ PM2.5 แบบพกพาติดตามตัว เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพ

3. ควรมีการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มประชากรวัยทำงาน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินว่าการให้ความรู้หรือการฝึกทักษะในรูปแบบต่าง ๆ สามารถเพิ่มพูนความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ได้จริงหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1.Pollution Control Department. Announcement of the national environmental board: Determination of standard for particulate matter not exceeding 2.5 microns (PM2.5) in general atmosphere [Internet]. 2022 [cited 2026 May 15] Available from: https://www.pcd.go.th/laws/26439/

2.Vega E, Ruiz-Olivares A, Miquelajauregui Y, Rentería-Campos R, Bramwell L, Feytmans RBM, et al. Association between daily variations in the levels of atmospheric O3, PM2.5, and NO2 and the frequency of hospital visits due to respiratory diseases and hypertension in Mexico City using generalized additive mixed models. Front Public Health. 2025;13:1593285. doi: 10.3389/fpubh.2025.1593285.

3.Denduangchai S, Wiwatanadate P, Jiamjarasrangsi W. Correlation between the daily fine particulate matter (PM2.5) level and the number of visits with respiratory and cardiovascular diseases at Ratchaburi hospital, Amphoe Mueang, Ratchaburi province. BSCM [Internet]. 2021 [cited 2026 May 15];60(3):345-58. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CMMJ-MedCMJ/article/view/247504 (in Thai)

4.Rosenthal JP, Kim EY, Chen L. Epidemiological and clinical evidence on the association between wildfire PM2.5 and pulmonary health outcomes. Cureus. 2025;17(8):e91239. doi: 10.7759/cureus.91239

5.Lim S, Bassey E, Bos B, Makacha L, Varaden D, Arku RE, Baumgartner J, Brauer M, Ezzati M, Kelly FJ, Barratt B. Comparing human exposure to fine particulate matter in low and high-income countries: A systematic review of studies measuring personal PM2.5 exposure. Sci Total Environ. 2022;833:155207. doi:10.1016/j.scitotenv.2022. 155207

6.Narita D, Oanh NTK, Sato K, Huo M, Permadi DA, Chi NNH, Ratanajaratroj T, Pawarmart I. Pollution characteristics and policy actions on fine particulate matter in a growing asian economy: The case of Bangkok metropolitan region. Atmosphere. 2019;10(5):227. doi: 10.3390/atmos10050227

7.Archer D, Bhatpuria D, Nikam J, Taneepanichskul N. Particulate matter pollution in central Bangkok: assessing outdoor workers' perceptions and exposure. Cities & Health. 2024;1–19. doi: 10.1080/23748834.2024.2390274

8.Phungkat Y, Bumprom P, Thonhkhaimook B, Sangsiriwut N. Perception and preventive behavior towards particulate matter among Personnel: A case study of an organization in Bangkok. JHSW [Internet]. 2022 [cited 2026 May 15];26(1):98-107. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/255115 (in Thai)

9.Seubsui N, Tiewwilai N, Takhian K, Kongklai S. Preventive Behavior from Particulate Matter 2.5 (PM2.5) on The Acute Health Effects of Street Food Vendors in Thon Buri, Bangkok. Adv Sci J [Internet]. 2023 [cited 2026 May 15];23(1):R120-R134. Available from: https://li02.tci-thaijo.org/index.php/adscij/article/view/556 (in Thai)

10.Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.

11.Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

12.Srisupak R, Srisawangwong S. Factors associated with environmental health literacy of people in Maha Sarakham town municipality, Maha Sarakham province. Life Sci Environ J. 2025;26(2):234–48. doi.: 10.14456/lsej.2025.18

13.Nguyen TPL, Virdis SGP, Winjikul E. Inequality of low air quality-related health impacts among socioeconomic groups in the world of work. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(19):12980. doi: 10.3390/ijerph191912980

14.Stockholm Environment Institute. Air pollution in Bangkok: addressing unequal exposure and enhancing public understanding of the risks. SEI; 2023 [cited 2026 May 15]. Available from: https://www.sei.org/publications/bangkok-air-pollution-inequality/

15.Cheepsattayakorn A, Cheepsattayakorn R. PM2.5, PM2.5-related air pollutants, health hazards and impacts on respiratory and cardiovascular disorders and diseases:systematic review and meta-analysis. J Lung Pulm Respir Res. 2019;6(3):40-8. doi: 10.15406/jlprr.2019.06.00205

16.Luo H, Zhang Q, Niu Y, Kan H, Chen R. Fine particulate matter and cardiorespiratory health in China: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. J Environ Sci. 2023;123:306-16. doi: 10.1016/j.jes.2022.04.026

17.Smith C, Drinkwater A, Modlich M, van der Horst D, Doherty R. IAQ and environmental health literacy: lived experiences of vulnerable people. Build Cities. 2024;5(1):231-46. doi: 10.5334/bc.418

18.Suwanpuchai N. Health literacy for preventing health effects associated with particulate matter less than 2.5 micrometers (PM2.5) exposure among high-risk occupational groups in Ban Chang district, Rayong province. J Health [Internet]. 2026 [cited 2026 May 15];1(3):15-26. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JDHh/article/view/3838 (in Thai)

ปัจจัยทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

Predicting Factors of Competency among Professional Nurses at Emergency Department of government hospitals in Sisaket Province.

(Received: June 2,2026 ; Revised: June 4,2026 ; Accepted: June 7,2026)

อัจฉรี สมยา[1] อารีจิต นฤมิตกริ่มกมล[1]
Acharee Somya[1] Areejit Naruemitkimkamon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะและหาปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มอย่างที่ใช้ในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลของรัฐ 19 แห่ง จำนวน 167 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .976 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39.25ปี ค่าเฉลี่ยของอายุราชการ เท่ากับ 17.74 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลระดับ F1 คิดเป็นร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 74.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 13.59 ปี มีการรับรู้สมรรถนะตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.7 ($\bar{X}$=50.43, S.D.=5.11) ด้านสมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ อายุ อายุราชการ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขนาดของโรงพยาบาล การฝึกอบรม และการรับรู้สมรรถนะตนอง ปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ การรับรู้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ER และระดับการศึกษา โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะได้ ร้อยละ 80.7

คำสำคัญ: สมรรถนะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Abstract

This study was survey research. The objectives were to assess competency and identify factors that can predict the core competency of professional nurses in the emergency department in Sisaket Province. Purposive sampling was used to select 167 professional nurses working in the emergency departments of 19 government hospitals. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher with a reliability of .976. Data were analyzed to determine factors that can predict the competency of emergency nurses using Stepwise Multiple Regression Analysis.

The study found that, the majority of the sample were female with an average age of 39.25 years. The average length of government service was 17.74 years. Most worked at F1-level hospitals, accounting for 52.7%. The majority held a bachelor's degree and had completed a preceptor training course, accounting for 74.3%. The average duration of work in the emergency department was 13.59 years. Most nurses had a moderate level of self-perceived competency, accounting for 64.7% (mean=50.43, S.D.=5.11). Overall, the competency of professional nurses in the emergency department was mostly at a moderate level, 65.3%. Factors significantly correlated with self-perceived competency of emergency nurses at the 0.01 level were:

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

age, length of government service, duration of work in the emergency department, hospital size, training, and self-perceived competency. The factors predicting competency of emergency nurses were self-efficacy, duration of work in the ER, and education level. These factors explained 80.7% of the variance in competency.

Keywords: Competency, Self Efficacy , Professional nurse, Emergency Department

บทนำ

การบริการพยาบาล เป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพในทุกๆ สถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข และจัดเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีทฤษฎี หลักการ และองค์ความรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เปลี่ยนแปลง ไปตลอดเวลา การบริการพยาบาลจึงต้องปรับตัว และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับปัญหาด้านสุขภาพ ของประชาชน และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ทันสมัย ซึ่งนอกจากจะดูแล ปัญหาสุขภาพของประชาชนผู้ใช้บริการให้ทุเลาเบาบางจากอาการเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังจำ เป็นต้องพัฒนางานบริการพยาบาล ให้มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนผู้ใช้บริการ อันจะส่งผลให้ประชาชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน พยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่มีบุคลากรมากที่สุดในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการบริการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ เป็นตัวจักรที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ ถือว่าเป็นบริการสุขภาพสำคัญของในระบบบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพคือการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่และสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลทั้งนี้พยาบาลไม่ได้มีหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยอย่างเดียว พยาบาลยังต้องรับผิดชอบการดูแลบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่สุดจึงต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบตามงานที่ได้รับมอบหมาย[1]

ปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกประเทศกำลังเผชิญและมีแนวโน้มการบาดเจ็บละเสียชีวิตสูงขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าพบการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุประมาณ 1.55 ล้านคนต่อปีส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นเยาวชนและกลุ่มวัยทำงานนอกจากนี้ยังพบผู้บาดเจ็บ 25 ถึง 50 ล้านคนต่อปีมากกว่า 3 ใน 4 เป็นผู้ชายนอกจากนี้สถานการณ์อุบัติเหตุในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จำนวน 10 ประเทศ พบว่าประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับ 1 คือประเทศไทย 32.70 ต่อแสนประชากร[2] สถานการณ์ประเทศไทยในปัจจุบันพบอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากบูรณาการข้อมูล 3 ฐานพบว่าปี 2564 ถึง 65 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 21,200 คนต่อปีคิดเป็น 32.6 ต่อแสนประชากรหรือ 60 คนต่อวันมีผู้บาดเจ็บนอนรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 200,000 คนต่อปีและมีผู้พิการอีก 9,000 คน[3] ซึ่งแนวโน้มของปัญหายังอยู่ในอัตราที่สูงขึ้นอุบัติเหตุทางจราจรนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จากสถิติ พ.ศ 2564 ถึง 2565 พบว่ารถจักรยานยนต์มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุคิดเป็น 1 ใน 3 ของอุบัติเหตุทางถนนที่ได้แรงงานทั้งหมด[4] งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นบริการด่านแรกที่สำคัญของการให้บริการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งต้องการการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง มีลักษณะงานที่ให้บริการแก่ผู้

ที่มารับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยกะทันหันที่ต้องการการประเมินที่รวดเร็ว แม่นยำ และชัดเจน หากมีการช่วยเหลือที่ล่าช้าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดความพิการและอาจเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ จะมีผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการจะมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนรุนแรงถึงวิกฤต มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ ความสามารถเป็นอย่างดี การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงเป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและหรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งระบบร่างกายและจิตใจโดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาลการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที เป็นระบบตาม 4 ห่วงคุณภาพ นั่นคือ ตั้งแต่การให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และการบรรเทาสาธารณภัยจะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ความสามารถและตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ซึ่งในยุคปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทาง การแพทย์ ส่งผลให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีพยาบาลที่มีสมรรถนะสามารถตอบสนองประเด็นการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ (Emergency Care System) หรือ ECS เป็นนโยบายสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) เป็นระบบที่สำคัญและจำเป็น (Essential) สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินรวมถึงระบบสุขภาพ เป็นระบบที่ เชื่อมระหว่างชุมชน (Community) การแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care) และการรักษาที่จำเพาะเจาะจง (Definitive Care)[5] เป็นระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยสุขภาพ ECS ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) โดยแนวคิดการจัดบริการ ECS คือการพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)”ได้แก่ EMS คุณภาพ , ER คุณภาพ , Refer คุณภาพ และ Disasterคุณภาพ เพื่อสร้าง“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จำเป็นต้องพัฒนาเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบูรณาการ (Integrated Network of ECS) และต้องตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยฉุกเฉิน[6] ทั้งนี้ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารองและสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น กำหนดให้ เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง (ระดับ A) โดยกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ครอบคลุมงานการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) ห้องฉุกเฉิน (ER) และระหว่างการส่งต่อ (Refer) และสาธารณภัย (Disaster) มีการพัฒนาคุณภาพบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี[7] (2565-

2567) ได้มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 45773, 53290 และ 49275 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 135 ราย / วัน แบ่งเป็นผู้ป่วย ระดับ Resuscitate จำนวน 4548, 4850 และ 7918 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 17 ราย/วัน ระดับ Emergent จำนวน 6146,11315 และ 19710 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 34 ราย/วัน ระดับUrgent จำนวน 24779, 26280 และ 15695 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 61 ราย/วัน ระดับSemi-urgent จำนวน 8223, 8030 และ 5475 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 20 ราย/วัน ระดับ Non-urgent จำนวน 2077, 1825 และ 365 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 4 ราย/วัน โดยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 19 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 2 แห่ง และรวมทั้งจังหวัดใกล้เคียงและประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยกัมพูชา เป็นต้น จำนวน 21935, 16545 และ 25900 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 59 ราย/วัน ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบ Fast track ด้วยโรค Stroke 126 ,163 และ 100 ราย ตามลำดับ โรค Myocardial infarction 44 , 28 และ 28 ราย ตามลำดับ โรค Sepsis 266, 575 และ 356 ราย ตามลำดับ และ Trauma 12301 , 13717 และ 14661 ราย ตามลำดับ ผ่าตัดฉุกเฉิน (ER to OR) 154 , 200 และ 112 ราย ตามลำดับ จากรายงานบัญชีความเสี่ยงยังพบว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังมีปัญหาด้านความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ร้อยละ 9.78 ความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ ร้อยละ 9.78 การรายงานผลตรวจด้านปฏิบัติการคลาดเคลื่อน ร้อยละ 16.30 การคัดกรองผู้ป่วยคลาดเคลื่อน ร้อยละ 2.17 การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ ร้อยละ 1.08 การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ร้อยละ 1.08 ความเสี่ยงอื่นๆทางคลินิก ร้อยละ 29.35 และความเสี่ยงทั่วๆไป ร้อยละ 28.26 ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิก ระดับ A มีโอกาสเกิดความเสี่ยง ร้อยละ5.56 ระดับ B เกิดความเสี่ยงแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ร้อยละ 42.59 ระดับ C เกิดความเสี่ยงถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่อันตราย ร้อยละ 27.78 ระดับ D เกิดความเสี่ยงถึงตัวผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอันตราย ร้อยละ 11.11 และระดับ E เกิดความเสี่ยงถึงตัวผู้ป่วยทำให้ต้องมีการรักษาเพิ่มเติม ได้แก่ เรื่อง Medical error, เรื่องร้องเรียนจากการบริการทางการแพทย์ Delayed diagnosis and Delayed Treatment ผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าว และปัญหาด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 12.96 (ข้อมูล ณ 1 ตค 67– 30 เมย 68)

ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบการให้รักษาพยาบาลด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีคุณภาพ โดยจัดทำวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินหลายระบบของโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้บุคลากร แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจังหวัดศรีสะเกษ สามารถให้บริการรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินหลายระบบเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินหลายระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดอุบัติการณ์และความเสี่ยงจากการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการสูญเสียชีวิตและความพิการ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการให้บริการ ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน[8] เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ Excellent Trauma ซึ่งเป็นหนึ่งในจุดเน้นสำคัญของการพัฒนาระบบ จัดมาตรฐานคุณภาพบริการ และการพัฒนาบุคลากร ยังพบว่ามีปัญหาด้านความเสี่ยงและยังไม่มีการประเมินสมรรถนะหลักที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าสมรรถนะหลักเป็นความสามารถที่เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่สุดในองค์กรต้องมีเพื่อผลักดันให้บุคลากรสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงออกด้านพฤติกรรมต่างๆให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนาย สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หรือปรับปรุงแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้ตรงประเด็น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะสูง ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกลุ่มวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วน ปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงออกด้านพฤติกรรมต่างๆให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐ 19 แห่ง จำนวน 167 คน

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 50 คนนำแบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.97

3.ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการตอบแบบสอบถาม โดยการสแกน
QR code ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์การปฏิบัติงานกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีษะเกษ โดยใช้สถิติไควสแควร์ (Chi-square) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

5.สร้างสมการ เพื่อทำนายสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (เลขที่ SPPH 2025-190 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2568)

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.2 มีอายุต่ำกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.8 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ 39.25 ปี อายุต่ำสุด คือ 25 ปี และสูงสุดคือ 60 ปี มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.8 และระดับปริญญาโท ร้อยละ 10.2ด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ มีอายุราชการน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.4 และค่าเฉลี่ยของอายุราชการ เท่ากับ 17.74 ปี

ด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า มีระยะเวลาปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมา คือช่วงเวลาระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 24.6
ซึ่งมีระยะเวลาปฏิบัติงาน ต่ำสุด คือ 1 ปี สูงสุดคือ 38 ปี โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 13.59 ปี

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับ F1 ร้อยละ 52.7 รองลงมาคือระดับ F2 ร้อยละ 24.6 ระดับM2 ร้อย

ละ 13.2 ระดับF3 ร้อยละ 5.4 และระดับ M1 ร้อยละ 4.2

ด้านการฝึกอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม คิดเป็นร้อยละ 74.3

ด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ การรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 24.6 และการรับรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 10.8

ด้านสมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีสมรรถนะในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 18.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 16.8

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การศึกษา ขนาดของโรงพยาบาล กับสมรรถนะหลัก (Core competency)ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปัจจัย	สมรรถนะในภาพรวม		สมรรถนะหลัก		สมรรถนะหลักเฉพาะงาน	
	ไคว์สแควร์ (x^2)	p-value	ไคว์สแควร์ (x^2)	p-value	ไคว์สแควร์ (x^2)	p-value
เพศ	61.188	.022	15.165	<.001	10.026	.007
การศึกษา	61.952	0.19	.339	.339	5.193	.075
ขนาดของโรงพยาบาล	435.164	<.001	19.339	19.339	33.466	<.001
การฝึกอบรม	135.912	<.001	3.977	3.977	73.621	<.001

จากตารางที่ 1 ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลัก (Core competency)ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า

ปัจจัยด้านเพศและขนาดของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักเฉพาะงาน (Functional competency) ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า

ขนาดของโรงพยาบาลและด้านการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักเฉพาะงาน (Functional competency)ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวแปร	สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน					
	สมรรถนะ(ภาพรวม)		สมรรถนะหลัก		สมรรถนะหลักเฉพาะงาน	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
อายุ	.449**	<.001	.441**	<.001	.439**	<.001
อายุราชการ	.515**	<.001	.514**	<.001	.495**	<.001
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ ER	.415**	<.001	.428**	<.001	.387**	<.001
การรับรู้	.858**	<.001	.851**	<.001	.823**	.001

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0*

จากตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะในภาพรวม สมรรถนะหลักและสมรรถนะหลักเฉพาะงาน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=.449,.441และ.439) ตามลำดับ

อายุราชการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะในภาพรวม สมรรถนะหลักและสมรรถนะหลักเฉพาะงาน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=.515**,.514**และ.459** ตามลำดับ)

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะในภาพรวม สมรรถนะหลักและสมรรถนะหลักเฉพาะงาน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=..415**,.428**, และ .387** ตามลำดับ)

การรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะในภาพรวม สมรรถนะหลักและสมรรถนะหลักเฉพาะงาน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=.858**,.851**และ..823**) ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะในภาพรวม สมรรถนะหลักและสมรรถนะหลักเฉพาะงาน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=..415**,.428**, และ .387** ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตัวแปรในการทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวแปร	B	beta	t	p-value
อายุ	-.102	-.029	-.379	.705
อายุราชการ	-.132	-.043	-.366	.715
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER	1.126	.317	3.439	<.001
การอบรม	7.633	.092	2.210	.029
ระดับการศึกษา	27.527	.229	5.603	<.001
ขนาดของโรงพยาบาล	-5.376	-.064	-1.596	.113
การรับรู้	4.746	.793	17.758	<.001

*Constant = 30.355 R=.898 R^2 = .807 R^2 adj.=.797 F = 82.605** p-value= 0.000*

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01*

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า ตัวแปรทุกตัว ได้แก่ อายุ อายุราชการ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ER การอบรม ระดับการศึกษา ขนาดของโรงพยาบาลและการรับรู้ สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (F=82.605) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ร้อยละ 80.7 และเมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุด ได้ผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการเลือกตัวแปรในการทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวทำนาย	a	B	Beta	R	R^2	R^2adj.	F
ขั้นที่ 1 การรับรู้	63.261	5.121	.856	.856	.733	.731	452.785**
ขั้นที่ 2 การรับรู้		4.813	.805				
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER	70.703	.598	.168	.871	.758	.756	257.544**
ขั้นที่ 3 การรับรู้		4.790	.801				
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER		.881	.248				
การศึกษา	98.587	-25.054	4.605	.892	.796	.792	211.510**

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01*

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยมี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุราชการ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การอบรม ขนาดของโรงพยาบาล การรับรู้สมรรถนะ และมีสมรรถนตนเองเป็นตัวเกณฑ์ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวทำนายที่คงอยู่ในสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนมี 3 ตัว คือ การรับรู้สมรรถนะ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และระดับการศึกษา โดยการรับรู้สมรรถนะ เข้าสมการทำนายขั้นที่ 1 ให้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ เท่ากับ 5.243 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 74.5 ขั้นที่ 2 เมื่อนำการรับรู้สมรรถนะร่วมกับระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 77.3 คือสามารถอธิบายได้เพิ่มอีก ร้อยละ 2.8 ขั้นที่ 3 เมื่อนำการรับรู้สมรรถนะร่วมกับระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER และระดับการศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 80.7 คือสามารถอธิบายได้เพิ่มอีก ร้อยละ 3.4 โดยสมการในการทำนายมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการเลือกตัวแปรในการทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวแปร	**B**	**beta**	**t**	**p-value**
การรับรู้	4.790	.801	20.063	<.001
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER	.881	.248	5.853	<.001
ระดับการศึกษา	25.005	.198	4.901	<.001

Constant = 42.338

*R=.899 R^2 = .807 R^2 adj.=.807 F = 188.557** p-value= 0.000*

*** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01*

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่คงอยู่ในสมการถดถอยพหุคูณมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER และระดับการศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะได้ ร้อยละ 80.7 โดยสมการในการพยากรณ์ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้น สมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นดังนี้ $Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$

เมื่อ Y = สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

a = ค่าคงที่ (Constant value)

b_1=ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้

b_2=ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER

b_3=ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการศึกษา

x_1= การรับรู้

x_2 =ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานER

x_3 = การศึกษา

ดังนั้น สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน = 42.388 +4.790 x_1+.881x_2+25.005x_3

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจำแนกการอภิปรายผล ดังนี้

1. ระดับการรับรู้ สมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ การรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 24.6 และการรับรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 10.8

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพร ดวงขวัญ และคณะ[9] ที่ได้ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิต่อการใช้สารเสพติดในชุมชน: กรณีศึกษาจากจังหวัดแห่งหนึ่ง ในพื้นที่ภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ตามบทบาทของพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิต่อการใช้สารเสพติดในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยบทบาทโดยรวม (9 ด้าน) อยู่ในระดับปานกลาง

แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรประภา รุ่งเรืองและศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์[10] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่21ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นงานด้านบริการ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักเฉพาะงาน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินน้อยกว่า 10 ปี ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะหลักและสมรรถนะหลักเฉพาะงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงยังไม่มีมากเท่าที่ควร ดังนั้น การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะหลักและสมรรถนะหลักเฉพาะงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องเร่งดำเนินการ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีคุณสมบัติและสมรรถนะที่พร้อมในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการต่อไป

2. สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Core competency) ตารางที่ 9สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Core competency) ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 18.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 16.8

ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวนีภรณ์ โคพิชัย (2567)[11] ที่พบว่าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะด้านบริหารที่พึงประสงค์ของหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชอยู่ในระดับมาก และผลการศึกษาของ ปาริชาติ รัตนานันท์ (2567)[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบว่า สมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูงและสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบว่า สมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะงานสูงกว่าก่อน

เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่ดีที่สุดที่สามรถทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ดีที่สุด ในการทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ การรับรู้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และระดับการศึกษา ซึ่งสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ ร้อยละ 80.7

จากผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ เนื่องจากงานบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องปฏิบัติ จึงทำให้การรับรู้ด้านสมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ ร้อยละ 74.5

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่สองที่เข้าสู่สมการ คือ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พบว่า สามารถทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากตัวแปรที่หนึ่งเป็นร้อยละ 77.3 ซึ่งระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการสั่งสมประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้สมรรถนะหลักเฉพาะงาน (Functional competency)ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ ดีขึ้นด้วย

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่สามที่เข้าสู่สมการ คือ ระดับการศึกษา ซึ่งสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 80.7 ทั้งนี้เนื่องจากว่าการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น นับว่ามีความจำเป็นต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะงานวิชาชีพพยาบาลที่ต้องมีการนำความรู้ใหม่ๆและเทคโนโลยี เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่มันสมัยมาใช้อยู่ตลอดเวลา เพื่อพัฒนางานด้านการให้บริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาจะเป็นการช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้สูงขึ้น

ดังนั้น จากผลการวิจัยและแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรที่สามารถทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จะมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงนั้น ควรเป็นผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะหลัก (Core competency และสมรรถนะหลักเฉพาะงาน (Functional competency) อยู่ในระดับสูง และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งมีการพัฒนาตนเองโดยการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัย พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ

1. จัดสรรบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เพียงพอ เต็มตามกรอบอัตรากำลัง
2. จัดการฝึกอบรมเรื่องบทบาทหน้าที่และสมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ชัดเจน

จากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พบว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เสนอให้จัดการฝึกอบรมเรื่องบทบาทหน้าที่และสมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งการจัดอบรมที่ผ่านมายังมีไม่เพียงพอกับความ

ต้องการ เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมมีน้อย และการคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมมีไม่ทั่วถึง

เนื่องจากจำนวนบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีไม่เต็มตามกรอบอัตรากำลัง ทำให้พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีหน้าที่ปฏิบัติงานในด้านอื่น เช่น การขึ้นเวรในแผนกอื่น การทำหน้าที่ทางด้านการบริหาร ทำให้ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ข้อเสนอให้มีการกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อแก้ไขปัญหาในด้านอาวุโส ประสบการณ์ไม่เพียงพอ และการยอมรับของเจ้าหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาปัจจัยอื่นของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้เพิ่มมากขึ้น เช่น แรงจูงใจ การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา

2.ควรทำการศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่ของประเทศไทย เพื่อให้ได้ภาพรวมของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1.กองการพยาบาล .สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561).แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล:Service plan ปทุมธานี :สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.

2.World Health. organization [internet].Geneva: Road traffic injuries [cited,2025 April 20]. Available from :https:// www.who int/ new-room / fact -sheets/detail /road traffic injuries

3. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2565).การบาดเจ็บจากการจราจรบนท้องถนน. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=73

4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2566) ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน[อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-2568/resource/2d9474b2-660b-4981-9ac3-5b081b549370

5.ชาติชาย คล้ายสุวรรณ. บรรณาธิการ. (2561). คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมตามระดับศักยภาพสถานพยาบาล ฉบับที่ 1. นนทบุรี: กรมการแพทย์.

6. กรมการแพทย์ . (2561). คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล. สำนักวิชาการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี .

7.อัจฉรี สารพัฒน์, คำสอน แซ่อึ้ง. (2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินหลายระบบในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38(1), 175-185.

8. โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2567).ผู้รับบริการ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.รายงานประจำปี 2567.

9. วุฒิพร ดวงขวัญ และคณะ. (2562). การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ตามบทบาทของพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิต่อการใช้สารเสพติดในชุมชน: กรณีศึกษาจากจังหวัดแห่งหนึ่ง ในพื้นที่ภาคใต้ตอนกลาง. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี.ปีที่ 14 ฉบับที่ 26 (ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2562)

10. จิตรประภา รุ่งเรือง และ ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์ (2567) ศึกษา ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21ของนักศึกษาพยาบาล.

11. วนีภรณ์ โคพิชัย. (2567).สมรรถนะด้านบริหารที่พึงประสงค์ของหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ.เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.

12. ปาริชาติ รัตนานันท์.(2567).ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์.วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข.ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

การตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนของตะกั่วและแคดเมียมในผงขิงออร์แกนิกสำเร็จรูปที่จำหน่ายในตลาดออนไลน์ประเทศไทย

ANALYSIS OF LEAD AND CADMIUM IN ORGANIC GINGER POWDER AVAILABLE IN THAI ONLINE MARKET.

(Received: June 2,2026 ; Revised: June 12,2026 ; Accepted: June 15,2026)

ญาณิศา ตันสกุล[1] **เอกราช บำรุงพืชน์**[2]
Yanisa Tansakun[1] **Akkarach Bumrungpert**[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเปรียบเทียบการปนเปื้อนของตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ในผงขิงออร์แกนิกสำเร็จรูปบนตลาดออนไลน์ประเทศไทย ระหว่างกลุ่มที่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิก (n=5) และกลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรอง (n=5) วิเคราะห์ด้วยเทคนิค ICP-MS และประเมินความปลอดภัยตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564

ผลการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่มีปริมาณโลหะหนักไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยปริมาณตะกั่วระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.056) แม้กลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองจะมีค่าเฉลี่ย (4.929 ± 7.288 mg/kg) สูงกว่ากลุ่มที่มีเครื่องหมายรับรอง (0.243 ± 0.239 mg/kg) และพบตัวอย่างที่ไม่มีเครื่องหมายรับรอง 1 รายการ มีปริมาณตะกั่วสูงถึง 17.791 mg/kg ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน(≤10 mg/kg) สำหรับแคดเมียมพบว่ากลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองมีค่าเฉลี่ย (0.106 ± 0.027 mg/kg) สูงกว่ากลุ่มที่มีเครื่องหมายรับรอง (0.025 ± 0.038 mg/kg) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016) โดยทุกตัวอย่างไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน (0.3 mg/kg)
คำสำคัญ: ผงขิงออร์แกนิกสำเร็จรูป ตะกั่ว แคดเมียม โลหะหนัก

Abstract

This study was survey research evaluated and compared lead (Pb) and cadmium (Cd) contamination levels in commercial instant organic ginger powder sold via e-commerce platforms in Thailand between certified organic (n=5) and non-certified products (n=5). Heavy metal analysis was conducted using ICP-MS and evaluated against the 2021 Ministry of Public Health regulations.

Most products complied with regulatory standards. No statistically significant difference in lead concentrations was observed between the two groups (p = 0.056), despite a higher mean in the non-certified group (4.929 ± 7.288 mg/kg) than the certified group (0.243 ± 0.239 mg/kg); notably, one non-certified sample contained 17.791 mg/kg of lead, exceeding the statutory limit (≤10 mg/kg) Conversely, the non-certified group had significantly higher cadmium concentrations (0.106 ± 0.027 mg/kg) than the certified cohort (0.025 ± 0.038 mg/kg) (p = 0.016), though all samples remained within the regulatory threshold (≤ 0.3 mg/kg).
Keywords: instant organic ginger powder lead cadmium heavy metals

[1] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
[2] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต Corresponding Author

บทนำ

ในปัจจุบันผู้บริโภคให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันมากขึ้นส่งผลให้ผลิต ภัณฑ์จากสมุนไพรได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะขิงซึ่งรายงานข้อมูลตลาดระดับโลกสะท้อนให้เห็นทิศทางการเติบโตอย่างต่อเนื่องในช่วงกลางทศวรรษ 2020s[1] ประกอบกับความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหารที่เพิ่มสูงขึ้น แนวโน้มการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์หรือออร์แกนิก(Organic) จึงขยายตัวอย่างรวดเร็วทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากผู้บริโภคมีความเชื่อมั่นสูงต่อระบบการผลิตที่สามารถลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนของสารเคมีและสารอันตรายต่าง ๆ[2]

ขิง (*Zingiber officinale*) เป็นพืชสมุนไพรที่มีการนำมาใช้ประโยชน์อย่างยาวนานทั้งในด้านโภชนาการและการแพทย์แผนโบราณ โดยมีสารออกฤทธิ์ชีวภาพหลักได้แก่ จินเจอรอล (Gingerol) และโชกาออล(Shogaol) ซึ่งมีสรรพ คุณทางเภสัชวิทยาเด่นชัดในการช่วยลดการอักเสบ บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนและช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย [3,4]

อย่างไรก็ตามแม้ขิงจะมีคุณประโยชน์มากมายแต่ในมิติความปลอดภัยทางอาหารขิงจัดเป็นพืชเหง้าใต้ดินที่มีลักษณะทางพฤกษ ศาสตร์เสี่ยงต่อการดูดซับและสะสมโลหะหนักจากสิ่งแวดล้อมได้ง่าย สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบการปนเปื้อนของตะกั่วในขิงสดที่วางจำหน่ายในตลาดสดของกรุงเทพฯ และเมืองย่างกุ้ง ประเทศเมียนมาในปริมาณที่เกินเกณฑ์มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด [5] เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเอธิ โอเปียที่ตรวจพบการปนเปื้อนของแคดเมียมในขิงสดที่สูงเกินมาตรฐานความปลอดภัยเช่นกัน[6]

ปัจจุบันการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านระบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-commerce) และตลาดออนไลน์ในประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ผงขิงสำเร็จรูปที่ผ่านการแปรรูปเพื่อความสะดวกในการบริโภคและยืดอายุการเก็บรักษาได้อย่างสะดวกรวดเร็ว [7]แต่รูป แบบผลิตภัณฑ์ขิงที่เป็นผงแห้งสำเร็จรูปกลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตรวจพบความเข้มข้นของโลหะหนักสูงกว่าขิงในสภาวะสดเนื่องจากกระบวนการแปรรูปที่ต้องผ่านการทำแห้ง (Drying) เพื่อดึงความชื้นออกก่อให้เกิดปรากฏ การณ์รวมความเข้มข้น (Concentration effect) โดยโลหะหนักจะไม่ระเหยออกไปพร้อมกับน้ำแต่จะสะสมหนาแน่นขึ้นในเนื้อเยื่อพืชที่เหลืออยู่ ส่งผลให้ปริมาณตะกั่วและแคดเมียมต่อหน่วยน้ำหนักเพิ่มสูงขึ้นหลายเท่าตัวเมื่อเทียบกับวัตถุดิบสด[8] นอกจากนี้การปนเปื้อนของโลหะหนักยังสามารถเกิดขึ้นได้จากหลากหลายแหล่ง ตั้งแต่ความจำเพาะของดินและน้ำในพื้นที่เพาะ ปลูกตลอดจนสุขอนามัยในกระบวนการแปรรูป การขนส่งและกระบวนการผลิต[9]

ในทางพิษวิทยาและการแพทย์ชะลอวัย การได้รับโลหะหนักจำพวกตะกั่วและแคดเมียมสะสมในร่างกายระยะยาว (Chronic exposure) แม้ในปริมาณน้อย ก็นำไปสู่การเกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) ความเป็นพิษต่อระบบประสาท ความเสื่อมของไต และความผิดปกติในระบบไหลเวียนโลหิต แม้ว่าผลิต ภัณฑ์จะมีการระบุตรามาตรฐานออร์แกนิกซึ่งสร้างความน่าเชื่อถือด้านความปลอดภัย แต่รายงานวิจัยระดับสากลโดย Consumer Reportยังคงตรวจพบการปนเปื้อนโลหะหนักในผลิต ภัณฑ์ที่ได้รับตรามาตรฐานออร์แกนิกในซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของมาตรฐานออร์แกนิกที่เน้นการควบคุมสารเคมีทางการเกษตร แต่อาจยังไม่ครอบคลุมการควบคุมโลหะหนักที่ตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมโดยสมบูรณ์[10]

แม้ว่าตลาดออนไลน์ในประเทศไทยจะมีผลิตภัณฑ์ผงขิงที่ระบุว่าเป็นออร์แกนิกจำหน่ายเป็นจำนวนมากแต่มาตรการควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ภายหลังการออกสู่ตลาด (Post-market surveil lance) บนแพลตฟอร์มพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์อาจยังไม่ครอบคลุม

ทุกยี่ห้อ บางผลิตภัณฑ์ขาดการแสดงเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกที่ชัดเจน และปัจจุบันยังไม่มีรายงานวิจัยเชิงสำรวจที่ตรวจวัดปริมาณการปนเปื้อนตะกั่วและแคดเมียมในผลิตภัณฑ์ขิงผงออร์แกนิกที่จำหน่ายในตลาดออนไลน์ของประเทศไทย

ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวิเคราะห์และเปรียบเทียบปริมาณการปนเปื้อนของตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ในผลิตภัณฑ์ผงขิงออร์แกนิกสำเร็จรูปที่จำหน่ายในตลาดออนไลน์ประเทศไทยเพื่อประเมินความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ตามเกณฑ์กฎหมายและมาตรฐานสากล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการคุ้มครองผู้บริ โภคในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐและผู้เกี่ยวข้องในการยกระดับมาตรการเฝ้าระวังและการกำกับดูแลด้านความปลอดภัยอาหารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์หาปริมาณโลหะหนักตะกั่ว (Pb)และแคดเมียม (Cd) ในผลิตภัณฑ์ขิงผงออร์แกนิกที่จำหน่ายในตลาดออนไลน์ประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการปนเปื้อนโลหะหนักระหว่างกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่อง หมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกและกลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิก
3. เพื่อประเมินความปลอดภัยของผลิต ภัณฑ์ขิงผงออร์แกนิกโดยเปรียบเทียบค่าที่ตรวจพบกับค่ามาตรฐานที่กำหนดโดยประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐาน ค่าความบริสุทธิ์ หรือคุณลักษณะอื่นอันมีความสำคัญต่อคุณภาพสำหรับตำรับผลิต ภัณฑ์สมุนไพรที่ขึ้นทะเบียน แจ้งรายละเอียด หรือจดแจ้ง[11]

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

การสุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) จากตลาดออนไลน์ เช่น Shopee และ Lazada รวม 10 ตัวอย่าง ขายดีที่สุด แบ่งเป็นกลุ่มที่มีเครื่อง หมายรับรอง (Certified) 5 ตัวอย่างได้แก่ USDA Organic, Canada Organic และOrganic Thai land ซึ่งเป็นระบบรับรองที่ได้รับการยอมรับตามหลักเกณฑ์เกษตรอินทรีย์สากลและของประเทศไทย[12-15] และกลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรอง (Non-certified) 5 ตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion) มีการระบุบนฉลากผลิตภัณฑ์ดังนี้ คือ ออร์แกนิกผงขิงสำเร็จรูป ระบุยี่ห้อบนบรรจุภัณฑ์ชัดเจน และมียอดขายสะท้อนความนิยมตามการสั่งซื้อผลิตภัณฑ์
2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion) คือผลิต ภัณฑ์แคปซูล, ชาเบลนด์, และไม่มีฉลากชัดเจน

การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ: ส่งตรวจที่บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด (มาตรฐาน ISO/IEC 17025) วิเคราะห์ด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS) อ้างอิงวิธีมาตรฐาน AOAC International[16,17]

การจัดการข้อมูลและสถิติ: เปรียบเทียบผลกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 ค่าที่ตรวจไม่พบ (ND) กำหนดให้เท่ากับ 0 ค่าที่ต่ำกว่า LOQ (< 0.075 mg/kg) ให้ใช้ค่าขีดจำกัดนั้น (0.075 mg/kg) วิเคราะห์สถิติพรรณนาด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Mann–Whitney U test (Two-tailed, α=0.05) และคำนวณขนาดอิทธิพลด้วย rank-biserial correlation เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงปกติและกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ตามหนังสือเลขที่ DPUHREC 1902/2568 ว่าไม่เข้าข่ายจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการศึกษา

1.ปริมาณการปนเปื้อนโลหะหนักตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักด้วยเทคนิค ICP-MS แสดงในตารางที่ 1 โดยภาพรวมของตัวอย่างทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยตะกั่วเท่ากับ 2.586 ± 5.452 mg/kg และแคดเมียมเท่ากับ 0.066 ± 0.051 mg/kg เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบว่ากลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายมาตรฐานมีค่าเฉลี่ยตะกั่ว (4.929 ± 7.288 mg/kg) และแคดเมียม (0.106 ± 0.027 mg/kg) สูงกว่า กลุ่มที่มีเครื่องหมายมาตรฐาน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยตะกั่ว (0.243 ± 0.239 mg/kg) และแคดเมียม (0.025 ± 0.038 mg/kg) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบปนเปื้อนของแคดเมียมและตะกั่วในผลิตภัณฑ์ผงขิงออร์แกนิกสำเร็จรูป

ND = not detected

ชื่อผลิตภัณฑ์	เครื่องหมายมาตรฐานออร์แกนิก	ปริมาณสารตะกั่ว (mg/kg)	ปริมาณสารแคดเมียม (mg/kg)
A	ไม่มีเครื่องหมาย	2.720	0.099
B	ไม่มีเครื่องหมาย	0.144	0.072
C	ไม่มีเครื่องหมาย	1.001	0.099
D	ไม่มีเครื่องหมาย	2.990	0.112
E	ไม่มีเครื่องหมาย	17.791	0.146
F	USDA organic	0.229	ND
G	USDA organic	ND	ND
H	Canada organic	<0.075	ND
I	Organic Thailand	0.615	0.084
J	Organic Thailand	0.296	0.043
ค่าเฉลี่ย ± ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean ± SD)	รวม	2.586 ± 5.452	0.066 ± 0.051
	กลุ่มไม่มีเครื่องหมายมาตรฐานออร์แกนิก	4.929 ± 7.288	0.106 ± 0.027
	กลุ่มมีเครื่องหมายมาตรฐานออร์แกนิก	0.243 ± 0.239	0.025 ± 0.038

หมายเหตุ ข้อมูลจากการส่งตรวจบริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง(ประเทศไทย)จำกัด ในการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนดให้ค่า ND เท่ากับ 0 และ ค่าที่รายงานเป็น <0.075 ให้ใช้ค่า 0.075 เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

2.การเปรียบเทียบสัดส่วนการปนเปื้อนกับเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและสถิติเชิงอนุมาน

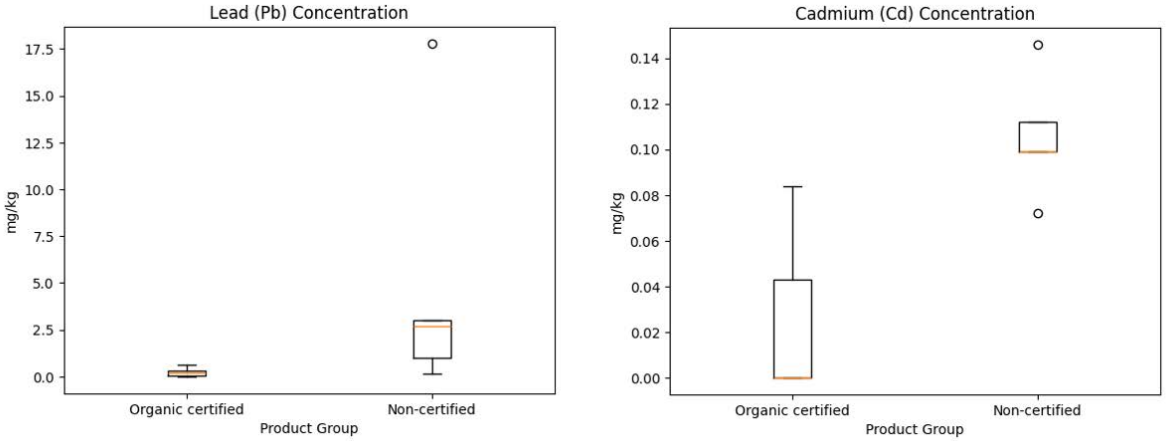
เมื่อนำผลการตรวจวิเคราะห์ไปประเมินความปลอดภัยโดยเทียบกับเกณฑ์สูงสุดที่ยอมให้พบได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 (กำหนดให้สารตะกั่วต้องไม่เกิน 10 mg/kg และแคดเมียมต้องไม่เกิน 0.3 mg/kg)[11] พร้อมทั้งวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติด้วยสถิตินอนพาราเมตริกเพื่อสรุปสมมติฐานการวิจัยสามารถควบรวมการแสดงผลเพื่อให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนได้ดังตารางที่ 2 และแผนภาพกล่องในภาพที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนและวิเคราะห์ความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐาน (n = 5 ในแต่ละกลุ่ม)

สารโลหะหนัก	กลุ่มตัวอย่าง	ผ่านเกณฑ์(%)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (%)	Mean ± SD (mg/kg)	ค่าสถิติ (*U*)	ค่านัยสำคัญ(*p*)	ขนาดอิทธิพล (Effect size)
ตะกั่ว(Pb)	ไม่มีเครื่องหมาย	4 (80%)	1 (20%)	4.929 ± 7.288	3	0.056	0.76
	มีเครื่องหมาย	5 (100%)	0 (0%)	0.243 ± 0.239			
แคดเมียม(Cd)	ไม่มีเครื่องหมาย	5 (100%)	0 (0%)	0.106 ± 0.027	1	0.016*	0.92
	มีเครื่องหมาย	5 (100%)	0 (0%)	0.025 ± 0.038			

หมายเหตุ *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐาน ค่าความบริสุทธิ์ หรือคุณลักษณะอื่นอันมีความสำคัญต่อคุณภาพสำหรับตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ขึ้นทะเบียน แจ้งรายละเอียด หรือจดแจ้ง กำหนดค่าตะกั่วปริมาณสูงสุดที่ยอมให้พบได้ไม่เกิน 10 mg/kgและแคดเมียม (Cadmium)ปริมาณสูงสุดที่ยอมให้พบได้ไม่เกิน 0.3 mg/kg*[11]

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.05) โดยใช้การทดสอบ Two-tailed Mann–Whitney U test; ค่า Effect size คำนวณจาก rank-biserial correlation*



ภาพที่ 1 แผนภาพกล่องแสดงการกระจายของปริมาณตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ในผลิตภัณฑ์ ผงขิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิก (n = 5 ในแต่ละกลุ่ม)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2 สรุปสมมติฐานได้ดังนี้:

1. ปริมาณสารตะกั่ว (Pb): ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.056) เนื่องจากค่าความแปรปรวนที่สูงมากในกลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรอง (SD = 7.288) อันเนื่องมาจากค่าผิดปกติ (Outlier) ในตัวอย่าง E ที่พุ่งสูงถึง 17.791 mg/kg ทว่าพบขนาดอิทธิพลในระดับสูง (Effect size = 0.76) สะท้อนถึงความผันผวนของคุณภาพวัตถุดิบและแนวโน้มความแตกต่างในเชิงปฏิบัติ

2. ปริมาณสารแคดเมียม (Cd): กลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายมาตรฐานมีปริมาณการปนเปื้อนแคดเมียมสูงกว่ากลุ่มที่มีเครื่องหมายมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Effect size = 0.92) ซึ่งสอดคล้องกับแผนภาพกล่องที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับรองมีค่ามัธย

ฐานและช่วงความแปรปรวนอยู่สูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรองอย่างเด่นชัด

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์ผงขิงสำเร็จรูปที่จำหน่ายผ่านตลาดออนไลน์ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีปริมาณตะกั่วและแคดเมียมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 อย่างไรก็ตาม ยังตรวจพบผลิตภัณฑ์บางตัวอย่างในกลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกที่มีปริมาณตะกั่วเกินค่ามาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผลิตภัณฑ์พบว่าผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกมีแนวโน้มพบการปนเปื้อนของโลหะหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรอง โดยเฉพาะแคดเมียม ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($p = 0.016$) ขณะที่ตะกั่วแม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอย่างชัดเจนและมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าระบบการรับรองมาตรฐานออร์แกนิกและการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบอาจมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของการปนเปื้อนโลหะหนักในผลิตภัณฑ์สมุนไพร อย่างไรก็ตามการได้รับเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกไม่ได้หมายความว่าผลิตภัณฑ์จะปลอดจากโลหะหนักโดยสมบูรณ์ จึงยังจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวัง ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านรูปแบบผลิตภัณฑ์ต่อความหนาแน่นของสารปนเปื้อน

กระบวนการแปรรูปขิงสดให้อยู่ในรูปผงสำเร็จรูปผ่านกระบวนการทำแห้ง (Drying) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ตรวจพบความเข้มข้นของโลหะหนักสูงกว่าขิงสดเนื่องจากขิงสดมีปริมาณน้ำสูงถึงร้อยละ 80–90 เมื่อผ่านกระบวนการทำแห้งจนมีความชื้นต่ำกว่าร้อยละ 10 จะเกิดปรากฏการณ์การรวมความเข้มข้น (Concentration effect) โดยโลหะหนักไม่ระเหยออกไปพร้อมกับน้ำแต่ยังคงสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อพืช ส่งผลให้ปริมาณตะกั่วและแคดเมียมต่อหน่วยน้ำหนักเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับวัตถุดิบสด[8]

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ Nkansah และคณะที่เสนอว่ากระบวนการบดและแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรนอกจากจะเพิ่มความเข้มข้นของสารปนเปื้อนแล้ว ยังเพิ่มโอกาสการปนเปื้อนข้าม (Cross-contamina tion) จากอุปกรณ์กระบวนการผลิต หรือสภาพ แวดล้อมที่ไม่ได้มาตรฐานอีกด้วย[18]

ในบริบทของเวชศาสตร์ชะลอวัยประเด็นดังกล่าวมีความสำคัญเนื่องจากผู้บริโภคมักบริโภคผลิตภัณฑ์ขิงผงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (Chronic consumption) แม้ระดับโลหะหนักในแต่ละครั้งอาจไม่สูงมาก แต่การได้รับอย่างต่อเนื่องอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมสารพิษในร่างกายในระยะยาวได้มากกว่าการบริโภคขิงสดทั่วไป

2. สถานการณ์การปนเปื้อนโลหะหนักและเกณฑ์มาตรฐาน

แม้ภาพรวมของตัวอย่างทั้งหมดจะมีค่าเฉลี่ยตะกั่ว (2.586 ± 5.452 mg/kg) และแคดเมียม (0.066 ± 0.051 mg/kg) ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานตามการประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 แต่พบการปนเปื้อนของตะกั่วในตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) และพบแคดเมียมในตัวอย่างร้อยละ 70 สะท้อนให้เห็นว่าขิงเป็นพืชสมุนไพรที่มีความเสี่ยงต่อการสะสมโลหะหนักจากดินและสิ่งแวดล้อมได้ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับรายงานของ May Ko Ko และคณะที่พบการปนเปื้อนโลหะหนักในขิงสดจากประเทศไทยและเมียนมา[5]

เมื่อพิจารณารายตัวอย่าง พบผลิตภัณฑ์ในกลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิก จำนวน 1

ตัวอย่าง (ร้อยละ 20) มีปริมาณตะกั่วสูงถึง 17.791 mg/kg ซึ่งเกินเกณฑ์ค่ามาตรฐานที่กฎหมายกำหนดไว้ไม่เกิน 10 mg/kg ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของ Nkansah และคณะที่พบการปนเปื้อนตะกั่วในขิงผงบางแหล่งจำหน่ายในระดับสูง ซึ่งอาจเกิดจากการปนเปื้อนในวัตถุดิบหรือระหว่างกระบวนการแปรรูป[18]

สำหรับแคดเมียม แม้ว่าทุกตัวอย่างจะมีปริมาณไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกิน 0.3 mg/kg แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกมีค่าเฉลี่ยของแคดเมียมสูงกว่ากลุ่มที่มีเครื่องหมายรับรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016) โดยผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Getaneh และคณะที่รายงานว่าขิงมีศักยภาพในการดูดซับและสะสมแคดเมียมในเนื้อเยื่อเหง้าได้สูงกว่าสมุนไพรบางชนิด[6]

ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบการจัดการเกษตรอินทรีย์ที่มีการควบคุมการใช้ปุ๋ยเคมีและการคัดเลือกแหล่งเพาะปลูกอย่างเหมาะสมอาจมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของการปนเปื้อนแคดเมียมในผลิตภัณฑ์สมุนไพร

3. อิทธิพลของเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกต่อปริมาณโลหะหนัก

ผลการศึกษาพบว่าเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกมีความสัมพันธ์กับระดับการปนเปื้อนโลหะหนักที่ต่ำกว่าโดยเฉพาะในกรณีของแคดเมียมซึ่งกลุ่มที่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกมีปริมาณแคดเมียมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016) และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Effect size = 0.92)

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าระบบเกษตรอินทรีย์ที่มีการรับรองมาตรฐานอาจมีประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการจัดการดินได้ดีกว่าระบบการผลิตทั่วไปโดยเฉพาะการลดการใช้ปุ๋ยฟอสเฟตและสารเคมีทางการเกษตรซึ่งเป็นหนึ่งในแหล่งปนเปื้อนสำคัญของแคดเมียม

ในกรณีของตะกั่วแม้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.056) แต่กลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองมีค่าเฉลี่ยตะกั่วสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรองถึงประมาณ 20 เท่า และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง (Effect size = 0.76) ซึ่งสะท้อนแนวโน้มความแตกต่างในเชิงปฏิบัติที่มีความสำคัญทางสาธารณสุข

นอกจากนี้ค่าความแปรปรวนที่สูงในกลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรอง (SD = 7.288) ยังแสดงให้เห็นถึงความไม่สม่ำเสมอของคุณภาพวัตถุดิบและระบบการควบคุมคุณภาพการผลิตซึ่งอาจสัมพันธ์กับการขาดระบบตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability) และมาตรฐานการผลิตที่ชัดเจน

อย่างไรก็ตามการได้รับเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกไม่ได้หมายความว่าผลิตภัณฑ์จะปลอดจากโลหะหนักโดยสมบูรณ์ สอดคล้องกับรายงานของ Consumer Reportsที่ยังตรวจพบโลหะหนักในผลิตภัณฑ์ออร์แกนิกบางชนิดเนื่องจากโลหะหนักสามารถตกค้างในดินและสิ่งแวดล้อมได้เป็นระยะเวลานาน และพืชประเภทเหง้าสามารถดูดซึมสารปนเปื้อนเข้าสู่เนื้อเยื่อได้โดยตรง[10]

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปนเปื้อน

การตรวจพบตะกั่วเกินเกณฑ์มาตรฐานในผลิตภัณฑ์กลุ่มที่ไม่มีเครื่องหมายรับรองออร์แกนิกสะท้อนถึงความเป็นไปได้ของการปนเปื้อนจากแหล่งเพาะปลูก กระบวนการผลิต หรือสิ่งแวดล้อมระหว่างการแปรรูป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Getaneh และคณะที่ระบุว่ากิจกรรมทางอุตสาหกรรม สภาพดินและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่เพาะปลูกมีผลโดยตรงต่อการสะสมโลหะหนักในพืชสมุนไพร[6]

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกอาจเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของระบบการตรวจสอบย้อนกลับและการควบคุมคุณภาพ

วัตถุดิบ ขณะที่ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีการรับรองอาจมีความเสี่ยงสูงกว่าจากการเลือกใช้วัตถุดิบในพื้นที่ปนเปื้อน หรือจากกระบวนการผลิตที่ไม่ได้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP)[19]

ดังนั้นการเฝ้าระวังและการสุ่มตรวจคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จำหน่ายผ่านตลาดออนไลน์อย่างสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญต่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

(1) สำหรับผู้บริโภค: ควรเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ผงขิงที่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานออร์แกนิกหรือมาตรฐานความปลอดภัยที่สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีระดับการปนเปื้อนโลหะหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับรอง

(2) สำหรับหน่วยงานภาครัฐ: ควรเพิ่มมาตรการเฝ้าระวัง สุ่มตรวจ และควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จำหน่ายผ่านแพลตฟอร์มพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-commerce) อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีการรับรองมาตรฐานเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

(1) ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่การศึกษาให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์จากหลากแหล่งจำหน่าย รวมถึงผลิตภัณฑ์นำเข้าเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนข้อมูลในระดับประเทศได้ดียิ่งขึ้น

(2) ควรขยายขอบเขตการวิเคราะห์ให้ครอบคลุมโลหะหนักที่มีพิษสูงชนิดอื่นเพิ่มเติม เช่น สารหนู (As) และปรอท (Hg) เพื่อการประเมินความปลอดภัยทางอาหารที่ครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. Mordor Intelligence. Ginger Market – Growth, Trends, and Forecasts (2025–2030) [Internet]. Hyderabad: Mordor Intelligence; 2024 [cited 2026 May 10]. Available from: https://www. Mordor Intelli gence.com /industry-reports/ginger-market
2. FiBL, IFOAM – Organics International. The World of Organic Agriculture: Statistics and Emerging Trends 2024 [Internet]. Bonn: Research Institute of Organic Agriculture (FiBL); 2024 [cited 2026 May 10]. Available from: https://www.fibl.org/en/shop-en/1747-organic-world-2024
3. Ali BH, Blunden G, Tanira MO, Nemmar A. Some phytochemical, pharmacological and toxicological properties of ginger (Zingiber officinale Roscoe): A review of recent research. Food Chem Toxicol [Internet]. 2008 [cited 2026 May 10];46(2):409–20. Available from: https://doi.org/10.1016/j.fct.2007.09.085
4. Dugasani S, Pichika MR, Nadarajah VD, Balijepalli MK, Tandra S, Korlakunta JN. Comparative antioxidant and anti-inflammatory effects of [6]-gingerol, [8]-gingerol, [10]-gingerol and [6]-shogaol. J Ethnopharmacol [Internet]. 2010 [cited 2026 May 10];127(2):515–20. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jep.2009 .10.004
5. Ko Ko M. Heavy metal contamination in fresh ginger from Thailand and Myanmar [master's thesis on the Internet]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2021 [cited 2026 May 10]. Available from: https://cuir2 .car.chula.ac.th/dspace/bitstream/123456789/84258/1/6388066220.pdf
6. Getaneh A, Guadie A, Tefera M. Levels of heavy metals in ginger (Zingiber officinale Roscoe) from selected districts of Central Gondar Zone, Ethiopia and associated health risk. Heliyon [Internet]. 2021 [cited 2026 May 10];7(4): e06924. Available from: https://doi.org/10.1016/ j.heliyon. 2021.e06924

7. TMO Group. Thailand Health Supplements E-commerce Market Report [Internet]. Bangkok: TMO Group; 2023 [cited 2026 Jan 10]. Available from: https://www.tmogroup.asia/thailand-health-supplements-market-report/
8. Wagesho Y, Chandravanshi BS. Levels of essential and non-essential metals in ginger (Zingiber officinale) cultivated in Ethiopia. SpringerPlus [Internet]. 2015 [cited 2026 May 10];4(1):107. Available from: https: //doi.org/10.1186/s40064-015-0899-5
9. Sharma J, Kumar N, Singh L, Singh AP. Assessment of heavy metal contamination in Zingiber officinale (ginger) collected from industrial areas of India. J Environ Biol [Internet]. 2011 [cited 2026 May 10] ;32(4):451-6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22471201/
10. Consumer Reports. Heavy metals in baby food and spices [Internet]. Yonkers: Consumer Reports; 2021 [cited 2026 May 10]. Available from: https://www.consumerreports.org/food-safety/heavy-metals-in-baby-food/
11. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานค่าความบริสุทธิ์ หรือคุณลักษณะอื่นอันมีความสำคัญต่อคุณภาพสำหรับตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ขึ้นทะเบียน แจ้งรายละเอียด หรือจดแจ้ง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษา; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564 /E/294/T_0006.PDF
12. FAO/WHO. Guidelines for the production, processing, labelling and marketing of organically produced foods [Internet].Rome: FAO; 2018 [cited 2026 May 10]. Available from: https://www.fao.org/3/a1210e/a12 10e.pdf
13. สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.). มาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ. 9000-2564: เกษตรอินทรีย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มกอช.; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.acfs.go.th/standard/download/ORGANIC_THAI.pdf
14. กรมวิชาการเกษตร. ระบบการรับรองเกษตรอินทรีย์ Organic Thailand [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤกษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.doa.go.th/share/ attachment.php?aid=2615
15. สำนักงานมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ (มกท.). ระบบการรับรองเกษตรอินทรีย์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มกท.; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤกษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.actorganic-cert.or.th
16. บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด. ตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหาร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด; [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จากจาก: https://www.centrallabthai.com/index.php/th/services/lab-testing/service-1
17. AOAC International. AOAC Official Method 2015.01: Heavy Metals in Food by Inductively Coupled Plasma–Mass Spectrometry (ICP-MS) [Internet]. Gaithersburg (MD): AOAC International; 2015 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://brooksapplied.com/wp-content/uploads/2015/07/AOAC-Method-2015.01.pdf
18. Nkansah MA, Opoku F, Ackumey AA. Risk assessment of mineral and heavy metal content of selected spices from Ghana. Cogent Chem [Internet]. 2016 [cited 2026 May 10];2(1):1209993. Available from: https://doi.org/10.1080/23312009.2016.120999
19. World Health Organization. WHO guidelines on good manufacturing practices (GMP) for herbal medicines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2026 May 10]. Available from: https://object storage.ap-dcc-gazipur-1.oraclecloud15.com/n/axvjbnqpryl g/b/V2Ministry/o/office-dgda/2024/12/2254c68bf c174d979e779f77bf1a5ba8.pdf

การวิเคราะห์ปริมาณสารปรอทในแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

Determination of Mercury levels in Salmon Sold in Bangkok, Thailand

(Received: May 31,2026 ; Revised: June 12,2026 ; Accepted: June 14,2026)

ชัญญานุช ศรีพิพัฒน์[1] ภาวิต หน่อไชย[2]
Chanyanut Sripipat[1] and Phawit Norchai[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดระดับปรอทรวม (Total Mercury) ในผลิตภัณฑ์ปลาแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบระดับปรอทตามประเทศต้นทางและลักษณะการผลิต และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยอ้างอิงค่า Tolerable Weekly Intake (TWI) ของ FAO/WHO JECFA เก็บตัวอย่างปลาแซลมอนจำนวน 15 ตัวอย่าง จากซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านค้าปลีก และช่องทางออนไลน์ในกรุงเทพมหานคร ครอบคลุมผลิตภัณฑ์นำเข้าจาก 4 ประเทศ ได้แก่ นอร์เวย์ (n=8) ชิลี (n=3) สหรัฐอเมริกา/Alaska (n=3) และนิวซีแลนด์ (n=1) ทั้งในรูปแบบ farmed salmon และ wild-caught salmon วิเคราะห์ระดับปรอทด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma–Mass Spectrometry (ICP-MS) ตามวิธีมาตรฐาน AOAC 2015.01 ณ ห้องปฏิบัติการ Central Thai Laboratory

ผลการวิจัยพบว่า 10 ใน 15 ตัวอย่าง (ร้อยละ 66.7) มีค่าปรอทต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจวัด (LOD = 0.016 mg/kg) ส่วนอีก 5 ตัวอย่างที่ตรวจพบปรอทมีค่าอยู่ในช่วง 0.021–0.038 mg/kg โดยค่าสูงสุดพบในแซลมอนเพาะเลี้ยงจากนิวซีแลนด์ที่ 0.038 mg/kg คิดเป็นเพียงร้อยละ 7.6 ของเกณฑ์มาตรฐาน Codex Alimentarius (≤ 0.5 mg/kg) ไม่มีตัวอย่างใดเกินเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าว Wild-caught salmon ทั้ง 3 ตัวอย่างตรวจพบปรอทในระดับที่วัดได้ ในขณะที่ farmed salmon มีเพียง 2 ใน 12 ตัวอย่างที่ตรวจพบ สะท้อนถึงกลไก bioaccumulation ผ่านห่วงโซ่อาหารตามธรรมชาติ การประเมินความเสี่ยงโดยอ้างอิงค่า TWI (1.6 µg/kg น้ำหนักตัว/สัปดาห์) และน้ำหนักตัวอ้างอิง 60 กิโลกรัม พบว่าปริมาณการบริโภคสูงสุดที่ปลอดภัยอยู่ในช่วง 2.53–6.00 กิโลกรัม/สัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าปริมาณการบริโภคจริงในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ปรอท, เมทิลเมอร์คิวรี, ปลาแซลมอน, ICP-MS, Tolerable Weekly Intake, ความปลอดภัยอาหาร, เวชศาสตร์ชะลอวัย

ABSTRACT

This study was survey research by cross-sectional study aimed to determine total mercury levels in salmon products sold in Bangkok, Thailand; to compare mercury levels by country of origin and production type; and to assess health risks using the Tolerable Weekly Intake (TWI) established by FAO/WHO JECFA. Fifteen salmon samples were collected from supermarkets, retail stores, and online vendors in Bangkok, representing imports from four countries: Norway (n=8), Chile (n=3), the United States/Alaska (n=3), and New Zealand (n=1), including both farmed and wild-caught varieties. Total mercury was analyzed by Inductively Coupled Plasma–Mass Spectrometry (ICP-MS) following the AOAC Official Method 2015.01 at Central Thai Laboratory.

The results showed that 10 of 15 samples (66.7%) had mercury levels below the limit of detection (LOD = 0.016 mg/kg). The remaining five samples contained mercury concentrations of 0.021–0.038 mg/kg, with the highest value in New Zealand-farmed salmon (0.038 mg/kg), representing only 7.6% of the Codex Alimentarius maximum limit (≤ 0.5 mg/kg). No sample exceeded the international safety standard. All three

[1] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ Corresponding author; E-mail address: pare16777@gmail.com

wild-caught salmon samples had detectable mercury levels, compared with only 2 of 12 farmed salmon samples, consistent with mercury bioaccumulation through natural food chains. Risk assessment based on the TWI (1.6 μg/kg body weight/week) and a reference body weight of 60 kg indicated that the maximum safe salmon consumption ranged from 2.53 to 6.00 kg per week—substantially higher than typical dietary intake.

Keywords: mercury, methylmercury, salmon, ICP-MS, tolerable weekly intake, food safety, anti-aging medicine

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในเขตเมืองเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะความนิยมในการบริโภคปลาแซลมอน ซึ่งได้รับการยอมรับทั้งในแง่ของรสชาติและคุณค่าทางโภชนาการ ข้อมูลจาก Norwegian Seafood Council (2024) รายงานว่าคนไทยเกือบครึ่งหนึ่งบริโภคแซลมอนเป็นกิจวัตร จนเกิดเป็นปรากฏการณ์ที่เรียกว่า "Saturday Salmon" ซึ่งสะท้อนถึงการฝังรากของอาหารชนิดนี้ในวัฒนธรรมการกินของสังคมเมือง[1,2,3] ในเชิงปริมาณ ประเทศไทยนำเข้าแซลมอนมากกว่า 18,971 ตัน ในปี พ.ศ. 2567 และเพียงครึ่งแรกของปี พ.ศ. 2568 ปริมาณนำเข้าก็เข้าใกล้ 19,000 ตันแล้ว สะท้อนถึงอัตราการเติบโตของตลาดที่สูงและต่อเนื่อง[4] จากมุมมองของเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ชะลอวัย ปลาแซลมอนถือเป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพสูงและอุดมด้วยกรดไขมันโอเมก้า-3 โดยเฉพาะ eicosapentaenoic acid (EPA) และ docosahexaenoic acid (DHA) ซึ่งมีหลักฐานทางคลินิกรองรับในด้านการลดภาวะการอักเสบระดับเซลล์ การปรับสมดุล lipid metabolism และการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ทางโภชนาการดังกล่าวต้องพิจารณาควบคู่กับความเสี่ยงจากสารปนเปื้อนที่อาจสะสมในเนื้อปลา[5,6,7,8] โลหะหนักที่มีนัยสำคัญทางคลินิกในบริบทนี้คือ ปรอท (Mercury; Hg) โดยเฉพาะในรูปของเมทิลเมอร์คิวรี (Methylmercury; MeHg) ซึ่งเกิดจากกระบวนการเมทิลเลชันของปรอทอนินทรีย์โดยจุลชีพในตะกอนดินใต้น้ำ เมทิลเมอร์คิวรีมีคุณสมบัติในการสะสมแบบ bioaccumulation ผ่านห่วงโซ่อาหาร และออกฤทธิ์เป็น neurotoxin โดยสามารถผ่านทั้ง blood-brain barrier และ placental barrier ได้ แม้ว่าปลาแซลมอนจะอยู่ในลำดับกลางของห่วงโซ่อาหารและมีระดับปรอทต่ำกว่าปลานักล่าขนาดใหญ่อย่างทูน่าหรือฉลาม แต่ความเสี่ยงสะสมจากการบริโภคในปริมาณมากและสม่ำเสมอยังคงเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบในเชิงสาธารณสุข[9,10] ระดับปรอทในแซลมอนที่จำหน่ายในประเทศไทยอาจแปรผันตามหลายปัจจัย ได้แก่ ประเทศต้นทาง วิธีการเพาะเลี้ยงหรือแหล่งจับ คุณภาพน้ำและอาหารที่ใช้เลี้ยง รูปแบบผลิตภัณฑ์ รวมถึงกระบวนการขนส่งและเก็บรักษา แม้งานวิจัยในระดับนานาชาติจะรายงานว่าแซลมอนส่วนใหญ่มีระดับปรอทอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่ข้อมูลเฉพาะสำหรับแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานครยังมีอยู่น้อยมาก และยังไม่มีการศึกษาใดในประเทศไทยที่ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเปรียบเทียบกับค่า Tolerable Weekly Intake (TWI) สำหรับเมทิลเมอร์คิวรีตามเกณฑ์ของ FAO/WHO Joint Expert Committee on Food Additives (JECFA)[11,12] ด้วยเหตุนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งตรวจวัดระดับปรอทในแซลมอนที่จำหน่ายจริงในกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบระดับปรอทตามประเทศต้นทางและลักษณะการผลิต และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยอ้างอิงค่า TWI ผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการให้คำแนะนำโภชนาการเชิงป้องกัน การกำหนดแนวทางความปลอดภัยอาหาร

และการคุ้มครองกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางสูง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และเด็ก

ปลาแซลมอน (Salmon) ได้รับความสนใจจากแพทย์และนักโภชนาการมาอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงเพราะเป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพสูงที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน แต่เนื่องจากมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนสายยาวชนิดโอเมก้า-3 ในปริมาณสูง ได้แก่ eicosapentaenoic acid (EPA) และ docosahexaenoic acid (DHA) ซึ่งมีหลักฐานทางคลินิกรองรับอย่างแข็งแกร่งในการลดภาวะการอักเสบเรื้อรังระดับต่ำ (chronic low-grade inflammation) การปรับสมดุล lipid metabolism การลดความเสี่ยงของ atherosclerosis รวมถึงบทบาทต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและพัฒนาการของสมอง ในมุมมองของเวชศาสตร์ชะลอวัย ซึ่งให้ความสำคัญกับการลดการอักเสบและการชะลอการเสื่อมของเซลล์ในระดับโมเลกุล การบริโภคปลาที่อุดมด้วยโอเมก้า-3 อย่างสม่ำเสมอจึงถูกพิจารณาว่าเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ทางโภชนาการที่มีศักยภาพในการชะลอกระบวนการชรา ความแตกต่างระหว่างปลาแซลมอนจากการเพาะเลี้ยง (farmed salmon) และจากธรรมชาติ (wild-caught salmon) มีนัยสำคัญทั้งในเชิงโภชนาการและความปลอดภัยด้านอาหาร และมักสร้างความสับสนในทางคลินิก ในด้านโภชนาการ farmed salmon มีปริมาณไขมันรวมสูงกว่า wild salmon ประมาณสองเท่า Jensen และคณะ รายงานว่าเมื่อพิจารณาปริมาณ EPA+DHA สุทธิที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยบริโภค farmed salmon ให้ EPA+DHA รวมสูงกว่า wild salmon เนื่องจากมีมวลไขมันมากกว่า อย่างไรก็ตาม wild salmon มีสัดส่วนของโอเมก้า-3 ต่อไขมันรวม (omega-3 ratio) สูงกว่า กล่าวคือไขมันที่มีอยู่เป็น "ไขมันดี" ในสัดส่วนที่มากกว่า[13] ประเด็นที่มีความสำคัญในเชิง antiaging และมักถูกมองข้ามคือองค์ประกอบของไขมันส่วนที่เหลือใน farmed salmon อาหารเลี้ยงปลาในระบบ aquaculture มักประกอบด้วยน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันโอเมก้า-6 (linoleic acid) สูง ส่งผลให้ farmed salmon มีสัดส่วนของโอเมก้า-6 สูงกว่า wild salmon อย่างชัดเจน ซึ่งโอเมก้า-6 ในปริมาณมากเกินไปจะส่งเสริมกระบวนการอักเสบผ่าน arachidonic acid pathway ซึ่งเป็นทิศทางตรงข้ามกับสิ่งที่ EPA และ DHA พยายามยับยั้ง ดังนั้นในเชิงคลินิก การพิจารณาเฉพาะปริมาณโอเมก้า-3 สุทธิโดยไม่คำนึงถึง omega- 3 to omega- 6 ratio จึงอาจให้ภาพที่ไม่ครบถ้วน ในด้านสารปนเปื้อน งานวิจัยเดียวกัน รายงานว่า wild salmon มีระดับปรอทไดออกซิน และ PCBs (Polychlorinated Biphenyls) สูงกว่า farmed salmon อย่างมีนัยสำคัญ โดยระดับปรอทใน wild salmon สูงกว่าประมาณสามเท่า PCBs เป็นสารเคมีอุตสาหกรรมที่ถูกแบนไปแล้วแต่ยังคงตกค้างในสิ่งแวดล้อม มีคุณสมบัติเป็น lipophilic จึงสะสมในเนื้อเยื่อไขมันผ่านกลไก bioaccumulation เช่นเดียวกับเมทิลเมอร์คิวรี และจัดเป็น Group 1 carcinogen โดย IARC (International Agency for Research on Cancer) สาเหตุที่ wild salmon มีสารปนเปื้อนเหล่านี้สูงกว่าเป็นเพราะหากินเองในธรรมชาติที่ยังมีสารตกค้างอยู่ ในขณะที่ farmed salmon ได้รับอาหารสำเร็จรูปที่ผ่านการควบคุมคุณภาพ แม้ทั้งสองกลุ่มจะยังอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสหภาพยุโรปก็ตาม[13,14] สรุปในเชิงคลินิกสำหรับการแนะนำผู้ป่วยในบริบทของเวชศาสตร์ชะลอวัย farmed salmon ให้ EPA+DHA สุทธิสูงกว่าและมีความเสี่ยงจากปรอทและ PCBs ต่ำกว่า แต่มี omega-3 to omega-6 ratio ที่ด้อยกว่า ในขณะที่ wild salmon มีคุณภาพไขมันดีกว่าในเชิงสัดส่วน แต่มีภาวะสารปนเปื้อนสูงกว่า

ปรอทและเมทิลเมอร์คิวรี (Mercury & Methylmercury) ปรอท (Mercury; Hg) เป็นโลหะหนักที่พบได้ตามธรรมชาติในสิ่งแวดล้อม และสามารถเข้าสู่ระบบนิเวศทางน้ำจากทั้งแหล่งธรรมชาติและกิจกรรมของมนุษย์ เช่น การเผา

ไหม้เชื้อเพลิงฟอสซิล อุตสาหกรรมเหมืองแร่ และการปล่อยของเสียจากกระบวนการอุตสาหกรรม ปรอทสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางเคมีได้หลายชนิด โดยรูปแบบที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยอาหารมากที่สุดคือ เมทิลเมอร์คิวรี (Methylmercury; MeHg) ซึ่งเป็นปรอทอินทรีย์ที่มีความเป็นพิษสูง เมทิลเมอร์คิวรีเกิดจากกระบวนการเมทิลเลชันของปรอทอนินทรีย์โดยจุลชีพในแหล่งน้ำ โดยเฉพาะบริเวณตะกอนดินและแหล่งน้ำลึก จากนั้นจะเข้าสู่ห่วงโซ่อาหารทางน้ำ และเกิดการสะสมแบบชีวสั่งสม (bioaccumulation) และการเพิ่มระดับตามลำดับห่วงโซ่อาหาร (biomagnification) ส่งผลให้ปลาและอาหารทะเลเป็นแหล่งสำคัญของการได้รับเมทิลเมอร์คิวรีในมนุษย์[9,10]

ผลกระทบต่อสุขภาพจากการได้รับเมทิลเมอร์คิวรี (Health effects) สิ่งที่มีนัยสำคัญในเชิงเวชศาสตร์ชะลอวัยคือ ผลของการสัมผัสเมทิลเมอร์คิวรีในระดับต่ำแต่ยาวนาน แม้จะไม่แสดงอาการชัดเจน แต่มีหลักฐานว่ากลไกนี้รบกวน mitochondrial electron transport chain เพิ่ม oxidative stress ระดับเซลล์ และกระตุ้น neuroinflammation ผ่าน microglia ซึ่งล้วนเป็นกลไกสำคัญของการแก่ชราเกิดจากภาวะอักเสบเรื้อรังระดับต่ำ (chronic low-grade inflammation) ที่เวชศาสตร์ชะลอวัยให้ความสนใจ

ผลกระทบต่อสุขภาพและแนวคิดการประเมินความเสี่ยง เมทิลเมอร์คิวรีเป็น lipophilic cation ที่ดูดซึมผ่านทางเดินอาหารได้มากกว่าร้อยละ 90 ต่างจากปรอทอนินทรีย์ที่ดูดซึมได้เพียงร้อยละ 7–15 เท่านั้น เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะจับกับ L-cysteine ก่อตัวเป็น MeHg-cysteine complex ที่มีโครงสร้างคล้าย methionine ทำให้ถูกขนส่งข้าม blood-brain barrier และ placental barrier ผ่าน neutral amino acid transporter ได้โดยตรง[9] นี่คือเหตุผลว่าทำไมสมองและทารกในครรภ์จึงเป็นอวัยวะเป้าหมายหลัก การกำหนดค่า TWI สำหรับเมทิลเมอร์คิวรีเป็นหนึ่งในงานประเมินความเสี่ยงด้านอาหารที่ใช้เวลานานและได้รับการทบทวนมากที่สุดในประวัติศาสตร์ของ FAO/WHO JECFA ค่าปัจจุบันที่ 1.6 µg/kg body weight/week[11] ถูกกำหนดขึ้นโดยอิงผลการศึกษาพัฒนาการของระบบประสาทในเด็กที่แม่บริโภคปลาในระดับสูงในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความไวต่อพิษสูงสุด ตัวเลขนี้หมายความว่าสำหรับผู้บริโภคที่มีน้ำหนักตัว 60 กิโลกรัม ปริมาณสูงสุดที่รับได้ต่อสัปดาห์ตลอดชีวิตคือ 96 µg โดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพที่ตรวจพบได้ วิธีการนำ TWI ไปใช้ในทางปฏิบัติทำโดยคำนวณว่าผู้บริโภคคนหนึ่งจะได้รับเมทิลเมอร์คิวรีเท่าไรต่อสัปดาห์จากการกินปลา โดยนำระดับปรอทในเนื้อปลา (µg/kg wet weight) คูณกับปริมาณที่กิน แล้วหารด้วยน้ำหนักตัว จากนั้นเปรียบเทียบกับ TWI เพื่อประเมินว่าอยู่ในระดับที่ปลอดภัยหรือไม่ สิ่งที่ทำให้แนวทางนี้มีประโยชน์ในทางคลินิกคือสามารถแปลงผลห้องปฏิบัติการให้กลายเป็นคำแนะนำรูปธรรมได้ทันที เช่น "ปลาชนิดนี้บริโภคได้ไม่เกินกี่กรัมต่อสัปดาห์" ซึ่งตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้จริงๆ มากกว่าตัวเลขทางเคมี[10,11,12] ข้อควรระวังในการแปลผลคือค่า TWI เป็นค่าสำหรับประชากรทั่วไป ไม่ได้ออกแบบมาสำหรับกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะ หญิงตั้งครรภ์ควรพิจารณาค่า reference ที่เข้มงวดกว่า เนื่องจากทารกในครรภ์ได้รับสัดส่วนที่สูงกว่ามารดา และผู้บริโภคที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัม ซึ่งเป็นกรณีที่พบบ่อยในประชากรไทย จะมีปริมาณการบริโภคสูงสุดที่ปลอดภัยต่ำกว่าค่าที่คำนวณจากน้ำหนักอ้างอิงตามสัดส่วน[11,15]

เทคนิค Inductively Coupled Plasma – Mass Spectrometry (ICP - MS) เป็นวิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในงานวิจัยด้านความปลอดภัยอาหาร พิษวิทยาสิ่งแวดล้อม และการตรวจวัดโลหะหนักในระดับ trace ถึง ultra-trace เทคนิคนี้มี

คุณสมบัติที่ดีหลายประการ ได้แก่ ความไวสูงมากที่สามารถตรวจวัดได้ในระดับ µg/kg หรือแม้แต่ ng/kg ความแม่นยำและความเที่ยงตรงสูง ความสามารถในการวิเคราะห์หลายธาตุพร้อมกัน และช่วงการวิเคราะห์ที่กว้าง นอกจากนี้ยังรองรับมาตรฐานสากล เช่น AOAC, ISO และวิธีอ้างอิงของ WHO และ EFSA[16,17,18]

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อตรวจวัดระดับปรอทรวม (Total Mercury) ในผลิตภัณฑ์ปลาแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร และประเมินว่าอยู่ในเกณฑ์ความปลอดภัยมาตรฐาน Codex Alimentarius หรือไม่

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับปรอทในปลาแซลมอนตามประเทศต้นทาง (Norway, Chile, USA และ New Zealand) และตามลักษณะการผลิต (farmed salmon และ wild-caught salmon)

3. เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภคโดยคำนวณปริมาณการบริโภคสูงสุดต่อสัปดาห์ที่ไม่เกินค่า Tolerable Weekly Intake (TWI) ของเมทิลเมอร์คิวรีตามเกณฑ์ FAO/WHO JECFA

4. เพื่อใช้ข้อมูลที่ได้เป็นฐานสำหรับการกำหนดแนวทางบริโภคปลาแซลมอนอย่างปลอดภัยสำหรับประชากรไทย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับปรอททั้งหมด (Total Mercury) ในผลิตภัณฑ์ปลาแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ด้วยวิธีมาตรฐานสากล เพื่อนำผลที่ได้มาประเมินความปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) มุ่งเน้นการรายงานระดับปรอทในผลิตภัณฑ์ปลาแซลมอนที่จัดจำหน่ายในกรุงเทพมหานคร เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับผู้บริโภค ผู้ประกอบการนำเข้า ผู้จัดจำหน่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลความปลอดภัยด้านอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากเมทิลเมอร์คิวรี (Methylmercury) ซึ่งเป็นรูปแบบของปรอทที่มีความเป็นพิษสูงและพบได้ในสิ่งมีชีวิตทางทะเล มีคุณสมบัติสะสมในห่วงโซ่อาหาร (bioaccumulation) และส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสรีรวิทยา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และเด็กเล็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ปลาแซลมอนทุกประเภทที่จัดจำหน่ายในกรุงเทพมหานคร ทั้งในรูปแบบสดและแช่แข็ง จากแหล่งจำหน่ายหลากหลายช่องทางกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ปลาแซลมอนจำนวน 15 ตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามขอบเขตและเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ครอบคลุมผลิตภัณฑ์นำเข้าจาก 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศนอร์เวย์ 8 ตัวอย่าง ประเทศชิลี 3 ตัวอย่าง สหรัฐอเมริกา (Alaska) 3 ตัวอย่าง และประเทศนิวซีแลนด์ 1 ตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดซื้อและรวบรวมตัวอย่างด้วยตนเองจากซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านค้าปลีก และช่องทางการจำหน่ายออนไลน์ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกไว้ดังนี้ ประการแรก ตัวอย่างต้องระบุประเทศต้นทางอย่างชัดเจนบนฉลากผลิตภัณฑ์ ประการที่สอง ต้องเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบสดหรือแช่แข็ง และประการที่สาม ต้องมีน้ำหนักเพียงพอสำหรับการแบ่งส่วนทดสอบ (test portion) ขนาด 100 กรัม ตามข้อกำหนดของห้องปฏิบัติการ น้ำหนักของตัวอย่างที่จัดซื้อในการศึกษานี้มีความแตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ปลาแซลมอนทั้ง 15 รายการเข้ารับการวิเคราะห์ระดับปรอททั้งหมด (Total Mercury) ด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma-Mass Spectrometry (ICP-MS) ณ ห้องปฏิบัติการ Central Thai Lab ซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานการวิเคราะห์อาหารในระดับสากล เทคนิค ICP-MS ถือเป็นวิธีอ้างอิงมาตรฐานสำหรับการตรวจวิเคราะห์โลหะหนักในตัวอย่างอาหาร เนื่องจากมีความไวสูง มีขีดจำกัดการตรวจวัด (Limit of Detection; LOD) ในระดับนาโนกรัมต่อกรัม และให้ความแม่นยำสูงในการวัดเชิงปริมาณ

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนปรอทในปลาและผลิตภัณฑ์อาหารทะเล รวมถึงกรอบแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของมนุษย์ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

คัดเลือกผลิตภัณฑ์ปลาแซลมอนที่จัดจำหน่ายในกรุงเทพมหานครโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) รวม 15 ตัวอย่าง จาก 4 ประเทศต้นทาง ได้แก่ ประเทศนอร์เวย์ 8 ตัวอย่าง ประเทศชิลี 3 ตัวอย่าง สหรัฐอเมริกา (Alaska) 3 ตัวอย่าง และประเทศนิวซีแลนด์ 1 ตัวอย่าง

จัดซื้อและรวบรวมตัวอย่างจากซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านค้าปลีก และช่องทางออนไลน์ในกรุงเทพมหานคร โดยตัวอย่างแต่ละรายการมีน้ำหนักแตกต่างกันตั้งแต่ 120 ถึง 590 กรัม ทั้งนี้ในขั้นตอนการวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการจะใช้ส่วนทดสอบ (test portion) ขนาด 100 กรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่กำหนดตามระเบียบวิธีวิเคราะห์มาตรฐาน ICP-MS และเพียงพอต่อการตรวจวัดระดับปรอทอย่างแม่นยำ

บันทึกข้อมูลคุณลักษณะของตัวอย่าง ได้แก่ ประเทศต้นทาง ลักษณะการผลิต (farmed/wild) รูปแบบผลิตภัณฑ์ (สดหรือแช่แข็ง) แหล่งจัดจำหน่าย และน้ำหนักตัวอย่างทั้งหมด ลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ออกแบบไว้สำหรับการศึกษา

ส่งตัวอย่างทั้งหมดเข้ารับการตรวจวิเคราะห์ระดับปรอททั้งหมด (Total Mercury) ด้วยเทคนิค ICP-MS ณ ห้องปฏิบัติการ Central Thai Lab

รวบรวมผลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ และบันทึกค่าความเข้มข้นของปรอทในแต่ละตัวอย่างลงในฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เชิงสถิติ

นำผลการตรวจวิเคราะห์มาคำนวณปริมาณการบริโภคปลาแซลมอนสูงสุดต่อสัปดาห์ที่ไม่เกินค่า Tolerable Weekly Intake (TWI) ของเมทิลเมอร์คิวรี โดยใช้ค่า TWI ที่กำหนดโดย FAO/WHO Joint Expert Committee on Food Additives (JECFA) ซึ่งอยู่ที่ 1.6 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมน้ำหนักตัวต่อสัปดาห์ และกำหนดน้ำหนักตัวอ้างอิงของผู้บริโภคไว้ที่ 60 กิโลกรัม

สูตรที่ใช้ในการคำนวณมีดังนี้

Maximum consumption (kg/week) = (TWI × Body weight) ÷ Mercury concentration โดยที่ TWI = 1.6 µg/kg body weight/week, Body weight = 60 kg และ Mercury concentration = ค่าปรอทในปลาแซลมอน (µg/kg) ในกรณีที่ค่าปรอทที่ตรวจวัดได้ต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจวัด (LOD) ของห้องปฏิบัติการ ผู้วิจัยจะแทนค่าด้วย LOD เพื่อป้องกันการประเมินความเสี่ยงต่ำเกินจริง ตามหลักการประเมินความเสี่ยงที่ยึดหลักการป้องกัน (precautionary principle)

สรุปและนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบตารางและคำอธิบายเชิงวิชาการและการนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยรายงานค่าความเข้มข้นของปรอทในรูปแบบตารางและคำอธิบายประกอบ การนำเสนอผลครอบคลุมการเปรียบเทียบระดับปรอทตามตัวแปรหลัก 3 มิติ ได้แก่ ประเทศต้นทาง (นอร์เวย์ ชิลี

สหรัฐอเมริกา และนิวซีแลนด์) ลักษณะการผลิต (farmed และ wild) และรูปแบบผลิตภัณฑ์ (สด และแช่แข็ง) นอกจากนี้ ยังนำเสนอผลการประเมินความเสี่ยงโดยอ้างอิงค่า TWI เพื่อให้ผู้อ่านสามารถตีความปริมาณการบริโภคที่ปลอดภัยสำหรับประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ (DPUHREC) ตามเลขที่ โครงการ DPUHREC 0502/2568 เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ตรวจวัดระดับปรอทรวม (Total Mercury) ในตัวอย่างปลาแซลมอนจำนวน 15 ตัวอย่างที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร โดยเก็บตัวอย่างจากซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านค้าปลีก และช่องทางออนไลน์ ครอบคลุมผลิตภัณฑ์นำเข้าจาก 4 ประเทศ ได้แก่ Norway Chile USA (Alaska) และ New Zealand ในรูปแบบ farmed salmon และ wild-caught salmon ตัวอย่างทั้งหมดวิเคราะห์ด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma–Mass Spectrometry (ICP-MS) ณ ห้องปฏิบัติการ Central Thai Laboratory ซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานสากล

ระดับปรอทรวมในตัวอย่างปลาแซลมอน 15 ตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 1 พบว่า 10 ใน 15 ตัวอย่าง (ร้อยละ 66.7) มีค่าปรอทต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจวัด (Limit of Detection; LOD = 0.016 mg/kg) ส่วนอีก 5 ตัวอย่างที่ตรวจพบปรอทมีค่าอยู่ในช่วง 0.021–0.038 mg/kg ซึ่งทั้งหมดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน Codex Alimentarius ที่กำหนดไว้ที่ 0.5 mg/kg อย่างมาก คิดเป็นระดับสูงสุดที่ตรวจพบเพียงร้อยละ 7.6 ของเกณฑ์ดังกล่าว[19]

ตารางที่ 1 ผลการตรวจวิเคราะห์ระดับปรอทรวม (Total Mercury) ในตัวอย่างปลาแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร จำนวน 15 ตัวอย่าง

รหัสตัวอย่าง	รหัสห้องปฏิบัติการ	รหัสห้องปฏิบัติการ	ประเทศต้นทาง	รูปแบบผลิตภัณฑ์	ปรอทรวม (mg/kg)	หมายเหตุ
S001	BK69/09940-01	Farmed	Chile	Frozen	<0.016	<LOD
S002	BK69/09940-02	Farmed	Norway	Fresh	<0.016	<LOD
S003	BK69/09940-03	Farmed	Norway	Frozen	0.021	
S004	BK69/09940-04	Wild-caught	USA	Frozen	0.021	
S005	BK69/09940-05	Farmed	New Zealand	Fresh	0.038	สูงสุด
S006	BK69/09940-06	Farmed	Norway	Fresh	<0.016	<LOD
S007	BK69/09940-07	Farmed	Norway	Fresh	<0.016	<LOD
S008	BK69/09940-08	Farmed	Norway	Fresh	<0.016	<LOD
S009	BK69/09940-09	Farmed	Norway	Frozen	<0.016	<LOD
S010	BK69/09940-10	Farmed	Norway	Frozen	<0.016	<LOD
S011	BK69/09940-11	Farmed	Chile	Frozen	<0.016	<LOD
S012	BK69/09940-12	Farmed	Chile	Frozen	<0.016	<LOD
S013	BK69/09940-13	Wild-caught	USA	Frozen	0.022	
S014	BK69/09940-14	Farmed	Norway	Frozen	0.028	
S015	BK69/09940-15	Wild-caught	USA	Frozen	0.030	

หมายเหตุ: <LOD = ต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจวัด (LOD = 0.016 mg/kg)

ในบรรดาตัวอย่างที่ตรวจพบปรอท พบรูปแบบที่น่าสนใจในเชิงคลินิก กล่าวคือ wild-caught salmon ทั้ง 3 ตัวอย่าง (S004, S013, S015) ล้วนตรวจพบปรอทในระดับที่วัดได้ ขณะที่ farmed salmon มีเพียง 2 ตัวอย่างจาก 12 ตัวอย่าง (S003 และ S014) ที่ตรวจพบในระดับดังกล่าว รูปแบบนี้สอดคล้องกับกลไก bioaccumulation ซึ่งปลาที่หากินตามธรรมชาติสะสมเมทิลเมอร์คิวรีผ่านห่วงโซ่อาหารโดยตรงและไม่มีการควบคุม ที่น่าสังเกตคือตัวอย่าง S005 ซึ่งเป็น farmed salmon จาก New Zealand มีระดับปรอทสูงที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ 0.038 mg/kg ผลนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้แหล่งที่มาและลักษณะการผลิตจะเป็นปัจจัยสำคัญ แต่สภาพแวดล้อมทางทะเลเฉพาะพื้นที่และคุณภาพอาหารเลี้ยงปลาก็มีบทบาทร่วมด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่าเหตุใด farmed salmon บางตัวอย่างจึงมีระดับปรอทสูงกว่าที่คาดไว้ในเชิงทฤษฎี เนื่องจากงานวิจัยนี้ตรวจวัดในรูปของปรอทรวม (Total Mercury) ไม่ใช่เมทิลเมอร์คิวรีโดยตรง จึงอาศัยหลักฐานที่ยืนยันว่าปรอทในกล้ามเนื้อปลามากกว่าร้อยละ 80–95 อยู่ในรูปของเมทิลเมอร์คิวรี ทำให้การใช้ค่าปรอทรวมเป็นตัวแทนในการประเมินความเสี่ยงเป็นแนวทางที่อนุรักษ์นิยมและยอมรับได้ในระดับสากล[20]

การประเมินความเสี่ยงโดยอ้างอิงค่า Tolerable Weekly Intake (TWI) เพื่อแปลงผลการตรวจวิเคราะห์ให้มีความหมายในเชิงคลินิก ผู้วิจัยคำนวณปริมาณการบริโภคปลาแซลมอนสูงสุดต่อสัปดาห์ที่ไม่ทำให้ผู้บริโภคได้รับเมทิลเมอร์คิวรีเกินค่า Tolerable Weekly Intake (TWI) โดยอ้างอิงเกณฑ์ของ FAO/WHO JECFA ซึ่งกำหนดค่า TWI ไว้ที่ 1.6 µg/kg body weight/week[11] กำหนดน้ำหนักตัวอ้างอิง 60 กิโลกรัม คิดเป็นปริมาณเมทิลเมอร์คิวรีสูงสุดที่ยอมรับได้ 96 µg/สัปดาห์โดยใช้สูตร ปริมาณบริโภคสูงสุด (kg/สัปดาห์) = TWI × น้ำหนักตัว ÷ ความเข้มข้นปรอท สำหรับตัวอย่างที่ค่าปรอทต่ำกว่า LOD ใช้ค่า LOD = 16 µg/kg แทนในการคำนวณ ซึ่งเป็นการประมาณเชิงอนุรักษ์นิยมเพื่อหลีกเลี่ยงการประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง ผลการคำนวณแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณการบริโภคปลาแซลมอนสูงสุดต่อสัปดาห์ที่ไม่เกินค่า TWI ของเมทิลเมอร์คิวรี (TWI = 1.6 µg/kg BW/week, BW = 60 kg)

รหัสตัวอย่าง	ประเทศต้นทาง	ลักษณะการผลิต	ปรอทที่ตรวจพบ (mg/kg)	ค่าที่ใช้คำนวณ (µg/kg)	ปริมาณบริโภคสูงสุด (kg/สัปดาห์)
S001	Chile	Farmed	<0.016	16	6.00
S002	Norway	Farmed	<0.016	16	6.00
S003	Norway	Farmed	0.021	21	4.57
S004	USA	Wild-caught	0.021	21	4.57
S005	New Zealand	Farmed	0.038	38	2.53
S006	Norway	Farmed	<0.016	16	6.00
S007	Norway	Farmed	<0.016	16	6.00
S008	Norway	Farmed	<0.016	16	6.00
S009	Norway	Farmed	<0.016	16	6.00
S010	Norway	Farmed	<0.016	16	6.00
S011	Chile	Farmed	<0.016	16	6.00
S012	Chile	Farmed	<0.016	16	6.00
S013	USA	Wild-caught	0.022	22	4.36

ตารางที่ 2 ปริมาณการบริโภคปลาแซลมอนสูงสุดต่อสัปดาห์ที่ไม่เกินค่า TWI ของเมทิลเมอร์คิวรี (TWI = 1.6 µg/kg BW/week, BW = 60 kg)

รหัสตัวอย่าง	ประเทศต้นทาง	ลักษณะการผลิต	ปรอทที่ตรวจพบ (mg/kg)	ค่าที่ใช้คำนวณ (µg/kg)	ปริมาณบริโภคสูงสุด (kg/สัปดาห์)
S014	Norway	Farmed	0.028	28	3.43
S015	USA	Wild-caught	0.030	30	3.20

หมายเหตุ: ค่า TWI อ้างอิง FAO/WHO JECFA ; ตัวอย่าง <LOD ใช้ค่า 16 µg/kg ในการคำนวณ

การตีความผลในเชิงคลินิกและเวชศาสตร์ชะลอวัย ผลการคำนวณในตารางที่ 2 พบว่าปริมาณการบริโภคสูงสุดที่ปลอดภัยอยู่ในช่วง 2.53–6.00 kg/สัปดาห์ ค่าต่ำสุดที่ 2.53 kg/สัปดาห์ พบในตัวอย่าง S005 ซึ่งมีระดับปรอทสูงสุด ตัวเลขดังกล่าวสูงกว่าปริมาณที่คนทั่วไปบริโภคในชีวิตจริงอย่างมาก อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าพิจารณาในเชิงเวชศาสตร์ชะลอวัยไม่ใช่เพียงว่าระดับปรอทอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยหรือไม่ แต่ต้องคำนึงถึงผลสะสมระยะยาวจากการได้รับเมทิลเมอร์คิวรีในปริมาณต่ำแต่ต่อเนื่อง ซึ่งมีหลักฐานบ่งชี้ว่าสามารถกระตุ้น oxidative stress ระดับเซลล์ รบกวน mitochondrial function และส่งเสริม neuroinflammation ผ่านการกระตุ้น microglia ได้ กลไกเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของ inflammaging ซึ่งเป็นกระบวนการที่เวชศาสตร์ชะลอวัยพยายามยับยั้ง[10,21] กลุ่มที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษคือหญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็ก เนื่องจากเมทิลเมอร์คิวรีผ่าน placental barrier ได้ และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการสมองของทารกแม้ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอาการในมารดา[10,11,12] นอกจากนี้ผู้บริโภคที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัมจะมีปริมาณการบริโภคสูงสุดที่ปลอดภัยต่ำกว่าค่าที่คำนวณในตารางที่ 2 ตามสัดส่วน ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทของประชากรไทยที่มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยตะวันตก

ผลการศึกษาโดยสรุปชี้ให้เห็นว่าปลาแซลมอนที่จำหน่ายในกรุงเทพมหานคร ณ ช่วงเวลาที่เก็บตัวอย่าง มีระดับปรอทต่ำและอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยตามมาตรฐานสากล ภายใต้รูปแบบการบริโภคปกติในชีวิตประจำวันความเสี่ยงจากการได้รับเมทิลเมอร์คิวรีเกินค่า TWI อยู่ในระดับต่ำมาก อย่างไรก็ตาม ด้วยแนวโน้มการบริโภคแซลมอนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรเมือง การเฝ้าระวังและตรวจสอบระดับสารปนเปื้อนในอาหารทะเลอย่างสม่ำเสมอจึงยังคงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเปราะบางสูง[1,15,19,22]

สรุปอภิปรายผล

ระดับปรอทและความปลอดภัยตามมาตรฐานสากล

ผลการตรวจวิเคราะห์พบว่า 10 ใน 15 ตัวอย่าง (ร้อยละ 66.7) มีค่าปรอทต่ำกว่า LOD (0.016 mg/kg) ส่วนอีก 5 ตัวอย่างที่ตรวจพบมีค่าอยู่ในช่วง 0.021–0.038 mg/kg ไม่มีตัวอย่างใดเกินเกณฑ์มาตรฐาน Codex Alimentarius ที่กำหนดไว้ที่ 0.5 mg/kg โดยค่าสูงสุดที่ตรวจพบคิดเป็นเพียงร้อยละ 7.6 ของเกณฑ์ดังกล่าว ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในระดับนานาชาติที่รายงานว่าแซลมอนโดยทั่วไปมีระดับปรอทต่ำกว่าปลานักล่าขนาดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ[20]

อย่างไรก็ตาม การที่ค่าตรวจพบอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยไม่ได้หมายความว่าประเด็นนี้ไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก เนื่องจากเกณฑ์ Codex ถูกกำหนดขึ้นสำหรับประชากรทั่วไปและการบริโภคในปริมาณเฉลี่ย แต่ในกลุ่มที่บริโภคแซลมอนบ่อยและในปริมาณมาก รวมถึงในบริบทของประชากรไทยที่มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยตะวันตก การสะสมของเมทิลเมอร์คิวรีในระยะยาวยังคงเป็นประเด็นที่ต้องติดตาม

รูปแบบของการปนเปื้อนตามประเทศต้นทางและลักษณะการผลิต

รูปแบบที่เห็นได้ชัดจากผลการศึกษาคือ wild-caught salmon ทั้ง 3 ตัวอย่างล้วนตรวจพบปรอทในระดับที่วัดได้ (0.021–0.030 mg/kg) ขณะที่ farmed salmon 12 ตัวอย่างมีเพียง 2 ตัวอย่างที่ตรวจพบ รูปแบบนี้สอดคล้องกับกลไก bioaccumulation ที่ wild salmon รับเมทิลเมอร์คิวรีผ่านห่วงโซ่อาหารโดยตรงโดยไม่มีการกรอง ในขณะที่ farmed salmon ได้รับจากอาหารเลี้ยงปลาที่ควบคุมคุณภาพแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jensen และคณะ และ Burger และ Gochfeld[23]

กรณีที่น่าสนใจคือ S005 ซึ่งเป็น farmed salmon จาก New Zealand มีระดับปรอทสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ 0.038 mg/kg สูงกว่า wild salmon บางตัวอย่างด้วยซ้ำ ผลนี้ชี้ให้เห็นว่าแหล่งที่มาและลักษณะการผลิตเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำนายระดับปรอทได้อย่างแม่นยำ สภาพแวดล้อมทางทะเลเฉพาะพื้นที่ ระดับมลพิษในน้ำ และคุณภาพของอาหารเลี้ยงปลาล้วนมีผลร่วมกัน นอกจากนี้ปลาแซลมอนแช่แข็งยังมีแนวโน้มพบระดับปรอทสูงกว่าแบบสดเล็กน้อย ซึ่งน่าจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนน้ำในเนื้อปลาระหว่างกระบวนการแช่แข็ง ทำให้ค่าในหน่วย wet weight เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

การประเมินความเสี่ยงและนัยเชิงคลินิก

ปริมาณการบริโภคสูงสุดที่ปลอดภัยซึ่งคำนวณได้อยู่ในช่วง 2.53–6.00 kg/สัปดาห์ สูงกว่าปริมาณที่คนทั่วไปบริโภคในชีวิตจริงอย่างมาก จึงสะท้อนได้ว่าภายใต้รูปแบบการบริโภคปกติ ความเสี่ยงจากการได้รับ MeHg เกินค่า TWI อยู่ในระดับต่ำ ผลนี้สอดคล้องกับข้อสรุปของ Burger และ Gochfeld และ EFSA ที่รายงานว่าการบริโภคแซลมอนในปริมาณปกติไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้บริโภคทั่วไป[20,23]

อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของเวชศาสตร์ชะลอวัย ประเด็นที่น่ากังวลกว่าไม่ใช่ความเสี่ยงเฉียบพลัน แต่คือผลสะสมระยะยาวจากการได้รับเมทิลเมอร์คิวรีในปริมาณต่ำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีหลักฐานชี้ว่าสามารถกระตุ้น chronic oxidative stress ในระดับเซลล์ รบกวน mitochondrial electron transport chain และส่งเสริม neuroinflammation ผ่านการกระตุ้น microglia กลไกเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเสื่อมของเซลล์และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว ในบริบทนี้ การบริโภคปลาแซลมอนจึงเป็นตัวอย่างที่ดีของการต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์จากโอเมก้า-3 และความเสี่ยงสะสมจากสารปนเปื้อน[10,21]

สำหรับกลุ่มที่ต้องระวังเป็นพิเศษได้แก่หญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากเมทิลเมอร์คิวรีผ่าน placental barrier ได้ และก่อความผิดปกติของพัฒนาการสมองในทารกแม้มารดาจะได้รับในระดับที่ไม่แสดงอาการ รวมถึงเด็กเล็กที่ระบบประสาทยังอยู่ในช่วงพัฒนาการ และผู้บริโภคที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัม ซึ่งจะมีปริมาณการบริโภคสูงสุดที่ปลอดภัยต่ำกว่าค่าที่คำนวณในงานวิจัยนี้ตามสัดส่วน[9,10,11]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ควรกำหนดระบบเฝ้าระวังการปนเปื้อนโลหะหนักในอาหารทะเลนำเข้าอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงที่ปริมาณนำเข้าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. สำหรับแพทย์ที่ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเชิงป้องกันและเวชศาสตร์ชะลอวัย ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าการบริโภคแซลมอนในระดับปกติมีความปลอดภัยสำหรับผู้บริโภคทั่วไป แต่ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็กหลีกเลี่ยง wild-caught salmon และจำกัดปริมาณการบริโภคโดยรวมเพื่อลดการสะสมสะสมในระยะยาว 3. ควรให้ความรู้แก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่าง farmed และ wild-caught

salmon ทั้งในแง่โภชนาการและความเสี่ยงจากสารปนเปื้อน เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกบริโภคได้อย่างมีข้อมูลรองรับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขนาดตัวอย่างให้มากขึ้นและครอบคลุมหลายช่วงเวลาเพื่อประเมินความแปรปรวนตามฤดูกาลและล็อตการผลิต รวมถึงเพิ่มความหลากหลายของแหล่งจำหน่ายและประเทศต้นทาง

2. ศึกษาระดับเมทิลเมอร์คิวรีโดยตรงควบคู่กับปรอทรวม เพื่อยืนยันสัดส่วนที่แท้จริงในแซลมอนที่จำหน่ายในไทย ซึ่งอาจแตกต่างจากค่าที่รายงานในงานวิจัยต่างประเทศ

3. ขยายการศึกษาไปยังอาหารทะเลชนิดอื่นที่ได้รับความนิยมในไทย เช่น ทูน่า ปลาดาบ และปลาแมคเคอเรล ซึ่งอยู่ในลำดับสูงกว่าในห่วงโซ่อาหารและมีแนวโน้มสะสมปรอทมากกว่า รวมทั้งศึกษาระดับสารปนเปื้อนอื่น เช่น PCBs และไดออกซิน ซึ่งเป็น Group 1 carcinogen ตาม IARC

4. ศึกษาระดับปรอทในเลือดหรือเส้นผมของกลุ่มประชากรที่บริโภคแซลมอนเป็นประจำในกรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินการสะสมจริงในร่างกายและเชื่อมโยงกับ biomarkers ของ oxidative stress และ inflammation ในบริบทของเวชศาสตร์ชะลอวัย

เอกสารอ้างอิง

1. Norwegian Seafood Council.(2025). 2024 was the best year ever for Norwegian seafood exports [อินเทอร์เน็ต]. Oslo: Norwegian Seafood Council; 2025 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://en.seafood.no/news-and-media/news-archive/2024-was-the-best-year-ever-for-norwegian-seafood-exports/
2. Norwegian Seafood Council.(2024). Norwegian seafood exports to Southeast Asia [อินเทอร์เน็ต]. Oslo: Norwegian Seafood Council; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://en.seafood.no/countrypages/southeast-asia/
3. Thai PR.(2025). Seafood from Norway launches the "Salmon Saturday" campaign [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: Thai PR; 2025 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaipr.net/en/life_en/3590184
4. Thai-Norwegian Chamber of Commerce (NorCham).(2024). Norwegian Seafood Council highlights adoption of technologies and delivery services in the seafood industry at THAIFEX-Anuga Asia 2024 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: NorCham; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.norcham.com/norwegian-seafood-council-highlights-adoption-of-technologies-and-delivery-services-in-the-seafood-industry-at-thaifex-anuga-asia-2024
5. Mozaffarian D, Rimm EB.(2006). Fish intake, contaminants, and human health: evaluating the risks and the benefits. JAMA. 2006;296(15):1885-99. doi:10.1001/jama.296.15.1885 เข้าถึงได้จาก: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/203640
6. American Heart Association.(2024). Fish and omega-3 fatty acids [อินเทอร์เน็ต]. Dallas: American Heart Association; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/fats/fish-and-omega-3-fatty-acids
7. Rimm EB, Appel LJ, Chiuve SE, Manson JE, Kris-Etherton PM, Mozaffarian D, et al.(2018) Seafood long-chain n-3 polyunsaturated fatty acids and cardiovascular disease: a science advisory from the American Heart Association. Circulation. 2018;138(1):e35-47. doi:10.1161/CIR.0000000000000574 เข้าถึงได้จาก: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29773586/

8. National Institutes of Health, Office of Dietary Supplements.(2023). Omega-3 fatty acids: fact sheet for health professionals [อินเทอร์เน็ต]. Bethesda: NIH; 2023 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ods.od.nih.gov/factsheets/Omega3FattyAcids-HealthProfessional/
9. Clarkson TW, Magos L, Myers GJ.(2003). The toxicology of mercury—current exposures and clinical manifestations. N Engl J Med. 2003;349(18):1731-7. doi:10.1056/NEJMra022471 เข้าถึงได้จาก: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra022471
10. Mergler D, Anderson HA, Chan LHM, Mahaffey KR, Murray M, Sakamoto M, et al.(2007). Methylmercury exposure and health effects in humans: a worldwide concern. Ambio. 2007;36(1):3-11. doi:10.1579/0044-7447(2007)36[3:MEAHEI]2.0.CO;2 เข้าถึงได้จาก: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17408186/
11. World Health Organization.(2007). Evaluation of certain food additives and contaminants: sixty-seventh report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives (JECFA). WHO Technical Report Series No. 940. Geneva: WHO; 2007. เข้าถึงได้จาก: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43633
12. World Health Organization.(2007). Methylmercury: JECFA database [อินเทอร์เน็ต]. Geneva: WHO; 2007 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/tools/food-additives-contaminants-jecfa-database
13. Jensen IJ, Eilertsen K-E, Otnaes CHA, Maehre HK, Elvevoll EO.(2020). An update on the content of fatty acids,dioxins, PCBs and heavy metals in farmed, escaped and wild Atlantic salmon (Salmo salar L.) in Norway. Foods. 2020;9(12):1901. doi:10.3390/foods9121901 เข้าถึงได้จาก: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7766777/
14. International Agency for Research on Cancer (IARC).(2016). Polychlorinated biphenyls and polybrominated biphenyls. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Vol. 107. Lyon: IARC; 2016. เข้าถึงได้จาก: https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Polychlorinated-Biphenyls-And-Polybrominated-Biphenyls-2015
15. Calder PC.(2010). Omega-3 fatty acids and inflammatory processes. Nutrients. 2010;2(3):355-74. doi:10.3390/nu2030355 เข้าถึงได้จาก: https://www.mdpi.com/2072-6643/2/3/355
16. U.S. Food and Drug Administration.(2022). Elemental Analysis Manual (EAM) for food and related products [อินเทอร์เน็ต]. Silver Spring: FDA; 2022 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.fda.gov/food/laboratory-methods-food/elemental-analysis-manual-eam-food-and-related-products
17. U.S. Food and Drug Administration.(2020). Elemental Analysis Manual Section 4.7: ICP-MS determination of elements in food. Silver Spring: FDA; 2020. เข้าถึงได้จาก: https://www.fda.gov/media/87509/download
18. AOAC International.(2015). AOAC Official Method 2015.01 heavy metals in food by inductively coupled plasma-mass spectrometry (ICP-MS). First Action 2015. Rockville: AOAC International; 2015. เข้าถึงได้จาก: https://www.aoac.org/
19. Codex Alimentarius Commission.(1995). General Standard for Contaminants and Toxins in Food and Feed (CXS 193-1995). Amended 2023. Rome: FAO/WHO; 1995. เข้าถึงได้จาก: https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/codex-texts/list-standards/en/
20. European Food Safety Authority (EFSA) Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM).(2012). Scientific opinion on the risk for public health related to the presence of mercury and methylmercury in food. EFSA Journal. 2012;10(12):2985. doi:10.2903/j.efsa.2012.2985 เข้าถึงได้จาก: https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2903/j.efsa.2012.2985

21. Hong YS, Kim YM, Lee KE.(2012). Methylmercury exposure and health effects. J Prev Med Public Health. 2012;45(6):353-63. doi:10.3961/jpmph.2012.45.6.353 เข้าถึงได้จาก: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3514465/
22. U.S. Food and Drug Administration.(2024). Advice about eating fish [อินเทอร์เน็ต]. Silver Spring: FDA; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.fda.gov/food/consumers/advice-about-eating-fish
23. Burger J, Gochfeld M.(2006). Mercury in fish available in supermarkets in Illinois: are there regional differences. Sci Total Environ. 2006;367(2-3):1010-6. doi:10.1016/j.scitotenv.2006.01.005 เข้าถึงได้จาก: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16815532/

การประเมินความถูกต้องของฉลากโภชนาการและคุณภาพโปรตีนในผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนสำเร็จรูปชนิดผงที่มีจำหน่ายในประเทศไทย

An evaluation of the accuracy of nutritional labeling and protein quality in ready-to-drink whey protein powder products available in Thailand.

(Received: June 4,2026 ; Revised: June 9,2026 ; Accepted: June 12,2026)

ปิติ ศิริสุทธานันท์[1]
ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างปริมาณโปรตีนฉลากกับค่าที่วิเคราะห์ได้จริง รวมถึงประเมินคุณภาพโปรตีนในผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนสำเร็จรูปชนิดผง 6 ยี่ห้อที่ครองส่วนแบ่งตลาดรวมกันมากกว่าร้อยละ 60 ของตลาด โปรตีนผงสำหรับนักกีฬาในประเทศไทย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ 6 ยี่ห้อนำมาวิเคราะห์ปริมาณโปรตีนรวมด้วยวิธีเคลแดห์ล (Kjeldahl method) และวิเคราะห์กรดอะมิโน 18 ชนิดด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง (High-Performance Liquid Chromatography: HPLC) จากนั้นเปรียบเทียบข้อมูลกับเกณฑ์อ้างอิงเพื่อหาค่าเฉลี่ยและร้อยละความคลาดเคลื่อน

ผลการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์ทั้ง 6 ยี่ห้อมีปริมาณโปรตีนสอดคล้องกับที่ระบุบนฉลาก โดยมีความคลาดเคลื่อนอยู่ในช่วงร้อยละ -6.69 ถึง +8.66 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (±ร้อยละ 20) นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดผ่านเกณฑ์ดัชนีคุณภาพโปรตีน 4 ด้าน ได้แก่ สัดส่วนกรดอะมิโนจำเป็นต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (ร้อยละ 43.60-46.27) สัดส่วนกรดอะมิโนสายโซ่กิ่งต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (ร้อยละ 21.61-23.49) สัดส่วนลิวซีนต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (ร้อยละ 10.80-13.57) และอัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีน (5.97:1 ถึง 9.03:1) โดยไม่พบการปลอมปนด้วยโปรตีนไกลซีนในตัวอย่างใด สรุปผลการศึกษาชี้ว่า ผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนสำเร็จรูปชนิดผงทั้ง 6 ยี่ห้อมีคุณภาพดีและน่าเชื่อถือ

คำสำคัญ: เวย์โปรตีน; ความถูกต้องของฉลาก; คุณภาพโปรตีน; การปลอมปนโปรตีน

Abstract

This study was survey research by Cross-sectional study aimed to evaluate the consistency between labeled and measured protein content, and to assess protein quality in six whey protein powder products collectively representing over 60% of the sports protein powder market share in Thailand. This descriptive cross-sectional study collected samples from six brands, which were analyzed for total protein content using the Kjeldahl method and for 18 amino acid compositions using High-Performance Liquid Chromatography (HPLC), followed by comparison against reference criteria to determine mean values and percentage deviations.

The results showed that all six products met their labeled protein claims, with deviations ranging from -6.69% to +8.66%, within the acceptable tolerance of ±20%. Furthermore, all products passed four protein quality indices: the ratio of essential amino acids to total amino acids (43.60–46.27%), branched-chain amino acids to total amino acids (21.61–23.49%), leucine to total amino acids (10.80–13.57%), and the leucine-to-glycine ratio (5.97:1 to 9.03:1). No glycine-based protein adulteration was detected in any sample.

Keywords: Whey protein; Label accuracy; Protein quality; Protein spiking

[1] พ.บ.วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] พ.บ., ปร.ด.วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

บทนำ

ตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับการออกกำลังกายในประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมีมูลค่ารวม 1,117 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2567 และมีอัตราการเติบโตร้อยละ 7.2 จากปีก่อนหน้า[1] ผลิตภัณฑ์โปรตีนผงสำหรับนักกีฬา ครองสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 60 ของมูลค่าตลาดทั้งหมด สะท้อนความต้องการของผู้บริโภคที่มีต่อโปรตีนคุณภาพสูงเพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการฟื้นฟูร่างกาย ปัจจุบันผู้บริโภคไม่ได้จำกัดเฉพาะนักกีฬาอีกต่อไป แต่ยังครอบคลุมถึงผู้สูงอายุ วัยทำงาน และผู้ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพ[2]

เวย์โปรตีนเป็นแหล่งโปรตีนที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เนื่องจากมีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน มีคุณค่าทางชีวภาพของโปรตีน (Biological Value) สูงถึงประมาณ 104 และมีอัตราการดูดซึมที่รวดเร็ว[3] องค์ประกอบที่โดดเด่นของเวย์โปรตีนคือกรดอะมิโนสายโซ่กิ่ง (Branched-Chain Amino Acids: BCAA) ซึ่งประกอบด้วยลิวซีน ไอโซลิวซีน และวาลีน โดยลิวซีนมีบทบาทหลักในการกระตุ้นวิถีสัญญาณ mTOR (mTOR signaling pathway) อันเป็นกลไกสำคัญของการสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อ[4, 5] องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO/FAO) กำหนดเกณฑ์ว่าโปรตีนคุณภาพดีควรมีกรดอะมิโนจำเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของกรดอะมิโนทั้งหมด[6] ขณะที่งานวิจัยด้านโภชนาการการกีฬาระบุว่าลิวซีนควรมีสัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 10 และกรดอะมิโนสายโซ่กิ่งโดยรวมควรอยู่ในช่วงร้อยละ 20-25 เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการสร้างโปรตีนและการฟื้นฟูกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7]

ปัญหาที่น่ากังวลในอุตสาหกรรมนี้คือปรากฏการณ์การ “ปลอมปนโปรตีน (protein spiking)” ซึ่งเป็นการเติมกรดอะมิโนราคาถูก เช่น ไกลซีน (glycine) หรืออาร์จินีน (arginine) เพื่อเพิ่มค่าไนโตรเจนรวม ส่งผลให้การวิเคราะห์ด้วยวิธีเคลแดห์ลแสดงค่าโปรตีนสูงกว่าความเป็นจริง งานวิจัยในประเทศบราซิลพบผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนร้อยละ 70 มีการปลอมปนด้วยวิธีนี้[8] ขณะที่การศึกษาในประเทศอินเดียตรวจพบการปลอมปนในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 69.4 ของตัวอย่าง[9] ในประเทศไทยการสำรวจของหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคในปี พ.ศ. 2564 พบว่าผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนบางรายการมีปริมาณโปรตีนต่ำกว่าฉลากถึงร้อยละ 20-30[10] ซึ่งเข้าข่ายเป็น “อาหารปลอม” ตามมาตรา 27(4) และ 27(5) แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522[11] โดยอาจเป็นแรงจูงใจ ให้ผู้ผลิตที่ขาดจริยธรรมใช้สารปลอมปน (spiking agent) เพื่อหลีกเลี่ยงโทษทางกฎหมาย แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ที่ใช้เทคนิคโครมาโทกราฟีของเหลว สมรรถนะสูง (High - Performance Liquid Chromatography : HPLC) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของกรดอะมิโนและตรวจสอบการปลอมปนโปรตีนอย่างเป็นระบบ

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบปริมาณโปรตีนรวมที่วิเคราะห์ได้ด้วยวิธีเคลแดห์ล (Kjeldahl method) กับค่าที่ระบุบนฉลากโภชนาการของผลิตภัณฑ์ และ 2) วิเคราะห์องค์ประกอบกรดอะมิโนด้วยเทคนิค HPLC เพื่อประเมินคุณภาพโปรตีนตามดัชนีอ้างอิงและตรวจสอบแนวโน้มการเกิดการปลอมปนโปรตีนในผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนสำเร็จรูปที่มียอดจำหน่ายสูงในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) ที่มุ่งประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนผ่านการวิเคราะห์ทางเคมีและการเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนสำเร็จรูปชนิดผง 6 ยี่ห้อที่มีส่วนแบ่งตลาดสูงสุดในประเทศไทย คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยอาศัยข้อมูลจาก Euromonitor International ปี ค.ศ. 2024[1] ซึ่งครอบคลุมส่วนแบ่งการตลาดรวมกันมากกว่าร้อยละ 60 โดยมีเกณฑ์คัด

เข้าของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ต้องจดแจ้งกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีการระบุปริมาณโปรตีนบนฉลากโภชนาการอย่างชัดเจน และมีจำหน่ายในช่องทางที่เป็นทางการ เช่น ห้างสรรพสินค้า ร้านขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ได้รับอนุญาต และเว็บไซต์ทางการของผู้ผลิต สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่มีโปรตีนจากแหล่งอื่นผสมมากกว่าร้อยละ 20 ผลิตภัณฑ์หมดอายุ และบรรจุภัณฑ์ชำรุด โดยตัวอย่างถูกกำหนดรหัสเป็น A ถึง F โดยไม่เปิดเผยชื่อยี่ห้อเพื่อความเป็นกลาง

การเก็บตัวอย่างดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จากร้านค้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยซื้อผลิตภัณฑ์ยี่ห้อละ 1 รุ่นการผลิต (lot) ในขนาดบรรจุมาตรฐาน การวิเคราะห์ดำเนินการที่ศูนย์บริการประกันคุณภาพอาหาร สถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17025 ตัวอย่างทุกยี่ห้อได้รับการวิเคราะห์ซ้ำ 3 ครั้ง (technical replicates)

การวิเคราะห์ปริมาณโปรตีนและกรดอะมิโน

การวิเคราะห์ปริมาณโปรตีนรวมดำเนินการด้วยวิธี Kjeldahl ตามมาตรฐาน AOAC 991.2012 (In-house method WI-TMC-03) โดยย่อยตัวอย่างด้วยกรดซัลฟิวริกเข้มข้นร่วมกับ copper sulphate crystals ภายใต้อุณหภูมิสูงด้วยเครื่อง Gerhardt KBL with TZ Control (C. Gerhardt GmbH, Germany) จากนั้นกลั่นและ ไตเตรตอัตโนมัติด้วยเครื่อง Gerhardt Vapodest 45S เพื่อคำนวณปริมาณไนโตรเจนรวม และแปลงค่าเป็นปริมาณโปรตีนโดยใช้ nitrogen conversion factor (NCF) เท่ากับ 6.38[13] ซึ่งเหมาะสมสำหรับโปรตีนนมและเวย์โปรตีน ทั้งนี้ในการอภิปรายผลได้เปรียบเทียบกับค่า NCF เท่ากับ 6.25 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 445) พ.ศ.2566 และตามแนวทางของ Codex Alimentarius เพื่อเพิ่มความสามารถในการตีความเชิงกำกับดูแลของข้อมูล[14,15]

การวิเคราะห์องค์ประกอบกรดอะมิโนอ้างอิงตามมาตรฐาน AOAC 994.12 (In-house method WI-TMC-145) โดยกรดอะมิโน 17 ชนิดวิเคราะห์หลังการย่อยด้วยกรด (Acid hydrolysis) ด้วย 6 M HCl ที่ 110°C นาน 24 ชั่วโมง และตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่อง Amino acid analyzer รุ่นHitachi LA8080 (Hitachi high-tech corporation, Japan) ซึ่งใช้ Na-type cation exchange resin column ร่วมกับการใช้เทคนิค Post-column derivatization ด้วย ninhydrin และตรวจวัดที่ความยาวคลื่น 570 และ 440 nm

สำหรับทริปโตเฟนซึ่งไม่เสถียรภายใต้สภาวะกรดแก่ ได้ใช้วิธี alkaline hydrolysis โดยย่อยด้วย 4 M NaOH ก่อน และตรวจด้วยเทคนิค HPLC โดยใช้เครื่อง Agilent HP 1260 (Agilent Technologies, Germany) ติดตั้ง fluorescence detector และคอลัมน์ AdvanceBio AAA อ้างอิงวิธี pre-column OPA derivatization

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละความคลาดเคลื่อน คำนวณตามสูตร %Deviation = [(ค่าวิเคราะห์ได้ – ค่าที่ระบุบนฉลาก) / ค่าที่ระบุบนฉลาก] × 100 เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ±ร้อยละ 20 ตามแนวทางขององค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (United States Food and Drug Administration: U.S. FDA)[16] และของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งประเทศไทย[14] การประเมินคุณภาพโปรตีนใช้ดัชนี 4 ด้าน คือ 1) สัดส่วนกรดอะมิโนจำเป็นต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (Essential amino acid: Total amino acid; EAA: Total AA) เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 40[6] 2) สัดส่วนกรดอะมิโนสายโซ่กิ่งต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (BCAA: Total AA) เกณฑ์ร้อยละ 20-25[7] 3) สัดส่วนลิวซีนต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (Leucine: Total AA) เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 10[7] และ 4) อัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีน (Leucine: Glycine) เกณฑ์ ≥ 2:1[17]

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์(DPUHREC 2811/2568) แล้วเห็นว่าไม่เข้าข่ายจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วันที่ 28 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษา

ตัวอย่างทั้ง 6 ยี่ห้อประกอบด้วยผลิตภัณฑ์ชนิดเวย์โปรตีนไอโซเลต (Isolate) 4 ตัวอย่าง ได้แก่ ตัวอย่าง B, C, E, F และ ชนิดเวย์โปรตีนผสม (blend) 2 ตัวอย่าง ได้แก่ ตัวอย่าง A, D โดยมีปริมาณโปรตีนตามฉลากอยู่ในช่วง 62.22 ถึง 90.63 กรัมต่อ 100 กรัมผลิตภัณฑ์ และมีขนาดบริโภคอยู่ระหว่าง 30.4 ถึง 45 กรัม ตัวอย่างทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่มีลักษณะทางกายภาพผิดปกติหรือบรรจุภัณฑ์ชำรุด

ผลการวิเคราะห์ปริมาณโปรตีน

พบว่าผลิตภัณฑ์ทั้ง 6 ยี่ห้อ (ร้อยละ 100) มีปริมาณโปรตีนสอดคล้องกับค่าที่ระบุบนฉลาก โดยมีร้อยละความคลาดเคลื่อนอยู่ในช่วงร้อยละ -6.69 ถึง +8.66 ซึ่งทุกค่าอยู่ภายในเกณฑ์ ±ร้อยละ 20[16] ตัวอย่างที่มีความแม่นยำสูงสุดคือ ตัวอย่าง B (ร้อยละ +0.30) และ ตัวอย่าง F (ร้อยละ -0.44) ขณะที่ตัวอย่าง C และ D มีร้อยละความคลาดเคลื่อนสูงกว่าตัวอย่างอื่นๆ ร้อยละ -6.69 และ ร้อยละ +8.66 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปริมาณโปรตีนเฉลี่ยที่วัดได้ เปรียบเทียบกับค่าที่ระบุบนฉลากผลิตภัณฑ์

ตัวอย่าง	ประเภท	ค่าเฉลี่ยที่วิเคราะห์ได้ (กรัม/100 กรัม)	ค่าที่ระบุบนฉลาก (กรัม/100 กรัม)	ความคลาดเคลื่อน (ร้อยละ)	การตีความ
A	Blend	76.66 ± 0.85	78.95	-2.90	ผ่านเกณฑ์
B	Isolate	70.21 ± 0.62	70.00	+0.30	ผ่านเกณฑ์
C	Isolate	84.57 ± 1.02	90.63	-6.69	ผ่านเกณฑ์
D	Blend	67.61 ± 0.74	62.22	+8.66	ผ่านเกณฑ์
E	Isolate	82.53 ± 0.91	78.13	+5.63	ผ่านเกณฑ์
F	Isolate	70.74 ± 0.68	71.05	-0.44	ผ่านเกณฑ์

หมายเหตุ: *เกณฑ์ ±ร้อยละ 20 ตามแนวทางของ U.S. FDA และ อย. ประเทศไทย ค่าวิเคราะห์รายงานเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการวิเคราะห์ซ้ำ 3 ครั้ง*

ผลการวิเคราะห์ปริมาณกรดอะมิโน

พบว่าตัวอย่างทั้งหมดมีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วนทั้ง 9 ชนิด รวมถึงทริปโตเฟนซึ่งวิเคราะห์ด้วยวิธีย่อยในสภาวะด่าง (alkaline hydrolysis) ดังที่ระบุในวิธีการศึกษา โดยลิวซีนในทุกตัวอย่างมีปริมาณสูงกว่าเกณฑ์ต่ำสุดของ WHO/FAO (5.9 กรัม /100 กรัมโปรตีน) [6] อย่างชัดเจนรายละเอียดปริมาณกรดอะมิโนแต่ละชนิดแสดงดังตารางที่ 2 พบว่าปริมาณไกลซีนในทุกตัวอย่างอยู่ในช่วง 0.87-1.24 กรัม/100 กรัมโปรตีน ซึ่งต่ำกว่าระดับที่รายงานในวรรณกรรมสำหรับเวย์โปรตีนที่มีการปลอมปน (>2-3 กรัม/100 กรัมโปรตีน)[8,18] บ่งชี้ว่าไม่มีการเติมไกลซีนเกินปกติ

ตารางที่ 2 ปริมาณกรดอะมิโนของผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนทั้ง 6 ตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยเทคนิค HPLC (กรัม/100 กรัมโปรตีน)

กรดอะมิโน	WHO/FAO	A	B	C	D	E	F
กรดอะมิโนจำเป็น (essential amino acids)							
ฮิสทิดีน (histidine)	1.50	0.91	0.68	0.97	0.91	1.17	0.78
ไอโซลิวซีน (isoleucine)	3.00	4.51	3.74	4.40	3.24	4.31	4.07
ลิวซีน (leucine)	5.90	8.23	6.83	8.47	7.15	11.24	7.33

ตารางที่ 2 ปริมาณกรดอะมิโนของผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนทั้ง 6 ตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยเทคนิค HPLC (กรัม/100 กรัมโปรตีน)

กรดอะมิโน	WHO/FAO	A	B	C	D	E	F
ไลซีน (lysine)	4.50	7.03	5.91	6.87	5.93	8.99	6.20
เมทไธโอนีน (methionine)	1.60	1.36	1.13	1.38	1.07	1.78	1.14
ฟีนิลอะลานีน (phenylalanine)	2.50	1.97	1.53	2.04	2.03	2.57	1.76
ทรีโอนีน (threonine)	2.30	5.50	4.43	5.05	3.71	3.98	4.96
ทริปโตเฟน (tryptophan)	0.60	0.28	0.23	0.29	0.23	0.37	0.23
วาลีน (valine)	3.90	4.12	3.32	3.96	3.24	3.92	3.70
กรดอะมิโนไม่จำเป็น (non-essential amino acids)							
อะลานีน (alanine)	-	4.12	3.38	3.91	3.32	4.68	3.72
อาร์จินีน (arginine)	-	1.79	1.19	1.69	2.12	1.89	1.61
กรดแอสปาร์ติก (aspartic acid)	-	8.57	7.04	8.75	7.04	10.04	7.87
ซิสเทอีน (cysteine)	-	1.53	1.18	1.75	1.10	2.32	1.26
กรดกลูตามิก (glutamic acid)	-	14.86	12.33	14.68	12.54	15.78	13.70
ไกลซีน (glycine)	-	1.19	0.87	1.17	1.20	1.24	1.12
โพรลีน (proline)	-	4.29	3.41	3.91	3.49	3.08	3.68
เซรีน (serine)	-	3.83	2.98	3.55	3.27	3.04	3.37
ไทโรซีน (tyrosine)	-	1.59	1.15	1.79	1.50	2.44	1.37

หมายเหตุ: *ค่าที่รายงานเป็นค่าเฉลี่ยจากการวิเคราะห์ซ้ำ 3 ครั้ง; กรดอะมิโน 17 ชนิดวิเคราะห์ด้วยวิธีย่อยกรด (acid hydrolysis) และทริปโตเฟนวิเคราะห์แยกด้วยวิธีย่อยในสภาวะด่าง (alkaline hydrolysis) ด้วยเครื่อง Agilent HP 1260 และ fluorescence detector*

ผลการประเมินดัชนีคุณภาพโปรตีนตามเกณฑ์อ้างอิงทั้ง 4 ด้าน พบว่าผลิตภัณฑ์ทุกยี่ห้อผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ได้แก่ สัดส่วนกรดอะมิโนจำเป็นต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (ร้อยละ 43.60 ถึง 46.27) สัดส่วนกรดอะมิโนสายโซ่กิ่งต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (ร้อยละ 21.61 ถึง 23.49) สัดส่วนลิวซีนต่อกรดอะมิโนทั้งหมด (ร้อยละ 10.80 ถึง 13.57) และอัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีน (5.97:1 ถึง 9.03:1) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สรุปการประเมินดัชนีคุณภาพโปรตีนของผลิตภัณฑ์ตามเกณฑ์อ้างอิง

ตัวอย่าง	ประเภท	EAA: Total AA (ร้อยละ)	BCAA: Total AA (ร้อยละ)	Leu: Total AA (ร้อยละ)	Leu: Gly	ระดับ
เกณฑ์อ้างอิง		*≥ 40*	*20-25*	*≥ 10*	*≥ 2:1*	—
A	Blend	44.81	22.28	10.87	6.91:1	ดี
B	Isolate	45.33	22.64	11.14	7.86:1	ดี
C	Isolate	44.79	22.55	11.35	7.21:1	ดี
D	Blend	43.60	21.61	11.33	5.97:1	ดี
E	Isolate	46.27	23.49	13.57	9.03:1	ดี
F	Isolate	44.45	22.25	10.80	6.57:1	ดี

หมายเหตุ: *EAA = Essential Amino Acids; BCAA = Branched-Chain Amino Acids; Leu = Leucine; Gly = Glycine; AA = Amino Acids*

ตัวอย่าง E แสดงผลเด่นชัดที่สุดในทุกดัชนี ทั้งสัดส่วนกรดอะมิโนจำเป็นต่อกรดอะมิโนทั้งหมดสูงสุด (ร้อยละ 46.27) สัดส่วนกรดอะมิโนสายโซ่กิ่งต่อกรดอะมิโนทั้งหมดสูงสุด (ร้อยละ 23.49) สัดส่วน

ลิวซีนต่อ กรดอะมิโนทั้งหมดสูงสุด (ร้อยละ 13.57) และอัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีนสูงสุด (9.03:1) ในขณะที่ ตัวอย่าง D มีค่าต่ำสุดในหลายดัชนี แต่ทุกค่ายังคงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ข้อค้นพบที่สำคัญคืออัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีนเฉลี่ยของทุกตัวอย่างเท่ากับ 7.26:1 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ (2:1) ถึง 3.6 เท่า ยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าไม่พบการปลอมปนไกลซีนในตัวอย่างผลิตภัณฑ์

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนสำเร็จรูปชนิดผงจาก 6 ยี่ห้อที่จำหน่ายในประเทศไทยมีปริมาณโปรตีนสอดคล้องกับฉลากและมีคุณภาพโปรตีนตามเกณฑ์อ้างอิง โดยค่าความคลาดเคลื่อนของปริมาณโปรตีนกระจายทั้งในทิศทางบวกและลบ (ค่าเฉลี่ยร้อยละ +0.75) อาจสะท้อนถึงความแปรปรวนตามปกติของกระบวนการผลิตมากกว่าการปลอมแปลง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของระบบควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์

ในการคำนวณปริมาณโปรตีนรวม ผู้วิจัยเลือกใช้ตัวคูณแปลงไนโตรเจนเป็นโปรตีนเท่ากับ 6.38[13] ซึ่งเป็นค่าเฉพาะสำหรับโปรตีนนม อย่างไรก็ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 445) พ.ศ. 2566 เรื่องฉลากโภชนาการ[14] และมาตรฐานโคเด็กซ์ว่าด้วยฉลากโภชนาการ[15] กำหนดให้ใช้ค่า 6.25 เป็นค่ามาตรฐานทั่วไป เมื่อคำนวณซ้ำด้วยค่า 6.25 พบว่าปริมาณโปรตีนของทุกตัวอย่างลดลงประมาณร้อยละ 2 อย่างเป็นสัดส่วน อย่างไรก็ดี ค่าร้อยละความคลาดเคลื่อนของทุกตัวอย่างยังคงอยู่ภายในเกณฑ์ ± ร้อยละ 20 ดังนั้นความแตกต่างของตัวคูณจึงไม่กระทบต่อข้อสรุปของการศึกษา แต่ผู้บริโภคและผู้กำหนดนโยบายควรตระหนักว่าค่าที่รายงานบนฉลากตามกฎหมายไทยฉบับใหม่จะใช้ค่า 6.25 เป็นเกณฑ์ ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการสำรวจของหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคในปี พ.ศ. 2564[10] ที่พบผลิตภัณฑ์ในกลุ่มผลิตภัณฑ์รายเล็กบางรายการมีปริมาณโปรตีนต่ำกว่าฉลากถึงร้อยละ 20-30 ระดับความแตกต่างดังกล่าวจะเข้าข่ายเป็น "อาหารปลอม" ตามมาตรา 27(4) และ 27(5) แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522[11] ซึ่งมีโทษทั้งจำและปรับ ความแตกต่างของผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่ต้องจดแจ้งกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีการระบุปริมาณโปรตีนบนฉลากโภชนาการอย่างชัดเจน และมีจำหน่ายในช่องทางที่เป็นทางการเท่านั้น

บทลงโทษทางอาญาดังกล่าวจึงอาจเป็นแรงจูงใจให้ผู้ผลิตที่ขาดจริยธรรมเลือกใช้สารปลอมปน (spiking agent) เพื่อให้ค่าโปรตีนตามวิธีเคลแดห์ลใกล้เคียงกับฉลาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศบราซิล[8] และอินเดีย[9] ที่พบการเติมกรดอะมิโนเพื่อเพิ่มโปรตีนในสัดส่วนที่สูง ในขณะที่การศึกษานี้ไม่พบหลักฐานการปลอมปนไกลซีนในผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากระบบกำกับดูแลของ อย. และคุณภาพของผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการคัดเลือก

ดัชนีคุณภาพโปรตีนที่ประเมินทั้ง 4 ด้านยืนยันว่าผลิตภัณฑ์ทุกยี่ห้อมีสัดส่วนกรดอะมิโนจำเป็น กรดอะมิโนสายโซ่กิ่ง และลิวซีนในระดับที่เหมาะสมตามเกณฑ์อ้างอิงของ WHO/FAO[6] ค่าเฉลี่ยสัดส่วนลิวซีนต่อ กรดอะมิโนทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 11.51 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์อ้างอิง ข้อมูลนี้มีนัยสำคัญต่อการประยุกต์ใช้ในทางคลินิก เนื่องจากผลิตภัณฑ์ขนาดบริโภคทั่วไป (30-45 กรัม) จะให้ลิวซีนประมาณ 2.5-3 กรัมต่อมื้อ ซึ่งอยู่ในระดับที่เพียงพอต่อการกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อน้อย อย่างไรก็ตาม ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ควรใช้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบต้านแรงและอาหารที่มีโปรตีนเพียงพอภายใต้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์[19,20]

ข้อค้นพบที่สำคัญในการนำผลไปใช้ประโยชน์คือกรณีของ Sample D ซึ่งมีร้อยละความคลาดเคลื่อนจากวิธีเคลแดห์ลสูงสุด (+8.66) แต่ผลการวิเคราะห์ด้วยเทคนิค HPLC ยืนยันว่าไม่มีการปลอมปนด้วยไกลซีน (อัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีนเท่ากับ 5.97:1) ข้อสังเกตนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้บริโภคไม่ควร

พิจารณาเลือกผลิตภัณฑ์จากปริมาณโปรตีนรวมที่ระบุบนฉลากเพียงอย่างเดียว ควรพิจารณาคุณภาพของโปรตีนผ่านโปรไฟล์กรดอะมิโนร่วมด้วย และในเชิงระเบียบวิธีก็ตอกย้ำว่าการใช้วิธีเคลแดห์ลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใช้เทคนิค HPLC ร่วมด้วยเพื่อประเมินทั้งปริมาณและคุณภาพโปรตีนอย่างครบถ้วน หน่วยงานกำกับดูแลควรพิจารณานำอัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีนเข้าเป็นเกณฑ์ตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อยกระดับการคุ้มครองผู้บริโภคในตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโปรตีนของประเทศไทย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก การคัดเลือกเฉพาะผู้ผลิตชั้นนำอาจเกิดความเอนเอียงจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ทำให้ผลการศึกษาไม่สามารถสรุปแทนตลาดทั้งหมดได้ การเก็บตัวอย่างเพียง 1 รุ่นการผลิต (lot) ต่อผลิตภัณฑ์จำกัดการประเมินความแปรปรวนระหว่างรุ่นการผลิต (batch-to-batch variation) และรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางไม่สามารถสะท้อนแนวโน้มระยะยาวได้ ประการที่สอง การตรวจสอบการปลอมปนโปรตีนใช้อัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีนซึ่งมีความไวสูงต่อการเติมไกลซีน แต่ไม่สามารถตรวจจับการปลอมปนด้วยสารกลุ่มไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีน (non-protein nitrogen: NPN) เช่น ทอรีน (taurine) ครีเอทีน (creatine) หรือเมลามีน (melamine)[21] ได้ ดังนั้นงานวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้เทคนิค Mid-Infrared Spectroscopy (MIR) หรือใช้เทคนิค Hydrophilic Interaction Liquid Chromatography-tandem Mass Spectrometry (HILIC-MS/MS) เพื่อตรวจจับสารกลุ่ม NPN อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระดับ สำหรับผู้บริโภค ควรเลือกผลิตภัณฑ์จากผู้ผลิตที่มีชื่อเสียง ตรวจสอบเลขทะเบียนของ อย. และหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ราคาต่ำผิดปกติ พร้อมพิจารณาคุณภาพของโปรตีนจากโปรไฟล์กรดอะมิโนหากมีการเปิดเผย สำหรับผู้ผลิต ควรรักษามาตรฐานการควบคุมคุณภาพและพิจารณาเปิดเผยข้อมูลโปรไฟล์กรดอะมิโน (amino acid profile) ในฉลากเพื่อสร้างความโปร่งใสและความเชื่อมั่นต่อผู้บริโภค สำหรับหน่วยงานกำกับดูแล ควรส่งเสริมการใช้เทคนิค HPLC ร่วมกับวิธีเคลแดห์ลในการตรวจสอบเชิงสุ่ม กำหนดอัตราส่วนลิวซีนต่อไกลซีนเป็นเกณฑ์ตรวจสอบเสริม และพิจารณาใช้เทคนิค MIR หรือ HILIC-MS/MS สำหรับตรวจจับสารกลุ่มไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีน การวิจัยในอนาคตควรขยายตัวอย่างให้ครอบคลุมผู้ผลิตรายเล็กและผลิตภัณฑ์ราคาถูกโดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายผ่านช่องทางออนไลน์ที่ขาดการกำกับดูแลรวมถึงศึกษาแบบ longitudinal เพื่อติดตามแนวโน้มระยะยาวและประเมินความแปรปรวนระหว่างรุ่นการผลิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ และศูนย์บริการประกันคุณภาพอาหาร สถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิเคราะห์ตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. Euromonitor International. Sports nutrition in Thailand. London: Euromonitor International; 2024.
2. Hoffman JR, Falvo MJ. Protein - which is best? J Sports Sci Med 2004;3(3):118-30.
3. Smithers GW. Whey and whey proteins--from 'gutter-to-gold'. Int Dairy J 2008;18(7):695-704.
4. Anthony JC, Anthony TG, Kimball SR, Jefferson LS. Signaling pathways involved in translational control of protein synthesis in skeletal muscle by leucine. J Nutr 2001;131(3):856S-60S.

5. Phillips SM, Van Loon LJC. Dietary protein for athletes: from requirements to optimum adaptation. J Sports Sci 2011;29(S1):S29-38.
6. WHO/FAO/UNU. Protein and amino acid requirements in human nutrition. WHO Technical Report Series No. 935. Geneva: World Health Organization; 2007.
7. Norton LE, Layman DK. Leucine regulates translation initiation of protein synthesis in skeletal muscle after exercise. J Nutr 2006;136(2):533S-7S.
8. Almeida CC, Alvares TS, Costa MP, Conte-Junior CA. Protein and amino acid profiles of different whey protein supplements. J Diet Suppl 2016;13(3):313-23.
9. Philips CA, Theruvath AH, Ravindran R, Chopra P. Citizens protein project: a self-funded, transparent, and concerning report on analysis of popular protein supplements sold in the Indian market. Medicine (Baltimore) 2024;103(14): e37724.
10. ฉลาดซื้อ. รายงานการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค; 2564.
11. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 96 ตอนที่ 79 (13 พฤษภาคม 2522).
12. AOAC International. Official methods of analysis. 21st ed. Rockville, MD: AOAC International; 2023.
13. Jones DB. Factors for converting percentages of nitrogen in foods and feeds into percentages of proteins. Circular No. 183. Washington, DC: USDA; 1941.
14. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 445) พ.ศ. 2566 เรื่อง ฉลากโภชนาการ. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 140 ตอนพิเศษ 174 ง (24 กรกฎาคม 2566).
15. Codex Alimentarius Commission. Guidelines on nutrition labelling (CAC/GL 2-1985, revised 2021) [Internet]. Rome: FAO/WHO; 2021 [cited 2025 Dec 15]. Available from: https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius
16. Food and Drug Administration. Guidance for industry: nutrition labeling manual - a guide for developing and using databases [Internet]. Silver Spring, MD: FDA; 2019 [cited 2025 Dec 15]. Available from: https://www.fda.gov/food/nutrition-labeling-manual
17. Pehlivanoğlu H, Bardakçı HF, Yaman M. Protein quality assessment of commercial whey protein supplements commonly consumed in Turkey by in vitro protein digestibility-corrected amino acid score (PDCAAS). Food Sci Technol (Campinas) 2021;41: e64720.
18. Fabris C, Tamusiunas FS, Heck RT, Cichoski AJ, de Menezes CR. Protein spiking detection in commercial protein supplements using amino acid profiling. Food Chem 2021; 345:128756.
19. Jäger R, Kerksick CM, Campbell BI, Cribb PJ, Wells SD, Skwiat TM, et al. International Society of Sports Nutrition Position Stand: protein and exercise. J Int Soc Sports Nutr 2017; 14:20.
20. Morton RW, Murphy KT, McKellar SR, Schoenfeld BJ, Henselmans M, Helms E, et al. A systematic review, meta-analysis and meta-regression of the effect of protein supplementation on resistance training-induced gains in muscle mass and strength in healthy adults. Br J Sports Med 2018;52(6):376-84.
21. Moore JC, DeVries JW, Lipp M, Griffiths JC, Abernethy DR. Total protein methods and their potential utility to reduce the risk of food protein adulteration. Compr Rev Food Sci Food Saf 2010;9(4):330-57.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - July 2026

Part IV

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การประเมินคุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่วางจำหน่ายในประเทศไทย 928
นัท เสาวมล ,มาศ ไม้ประเสริฐ

ของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมหาสารคาม 935
ปวริศา ทินวัน

ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ 944
อธิพงศ์ สุริยา ,สาวิตรี สิงหาด

การพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 955
นภัสร เรืองวิชา ,กุลวดี อภิชาติบุตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ

การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน 968
ณัฐพร อุตะมะ ,สมใจ ศิระกมล ,ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก 980
มลิจันทร์ เกียรติสังวร ,รัชนี หาญสมสกุล

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามภาวะขาดวิตามินดีฉบับแปลภาษาไทย โดยเปรียบเทียบกับระดับ 25-ไฮดรอกซีวิตามินดีในเลือดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 991
วิภาวี แจ่มวัฒนาไทย ,กษิดิศ หล้าวงษา ,ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์

ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 1000
จินตนา สินทอง

การคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานโดยอาศัยปริมาณกรดยูริกในเลือด 1007
ชัชชฎา เล็กเจริญสุข ,ภาวิต หน่อไชย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก 1014
ณัฏฐณิชา เขียวณรงค์

ประสิทธิผลของสารสกัดจากส้มสีแดง (REDORY™) ในการลดการเกิดรอยดำจากรังสี UVB 1023
สราชล พาเรือง ,ปองศิริ คุณงาม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 1035
อัจฉรา ประสงค์จินดา ,อรุณ บุญสร้าง ,อารี บุตรสอน

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี 1047
ศิริพรรณ สุชาติสุนทร , อรุณี ต้นพงษ์เจริญ ,ณัฐพัชญ์ นาคสมพันธ์ ,พิมรพี ระย้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม 1060
คัทลียา วารีใส ,ประภาเพ็ญ สุวรรณ

การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา ผลของพรมมิกับโรคเรื้อรัง หลักฐานเชิงประจักษ์และมุมมองในอนาคต 1069
นรมน ประภาสิทธิ ,ภาวิต หน่อไชย

การพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อเสริมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่ 1080
พิพัฒน์ พุทธโร

การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับเครือข่ายอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม 1092
ไชยณรงค์ วาปี ,ภาณุพงศ์ มูลสาร

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดสิงห์บุรี 1101
ขนิษฐา วงษ์สด ,พัชรา สาดตระกลูวัฒนา ,ผาสุก มั่นคง ,วรรณา กุลหกูล

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 4

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ 1113
พิมพ์วดี จิรวิกรานต์กุล

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคม 1123
ศราวุธ ศรีบุรินทร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย 1131
พศิกา จันทร์สมบัติ ,ณฐา เมธาบุษยาธร

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยายเกี่ยวกับความปลอดภัยของโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอระหว่างการตั้งครรภ์ในเวชศาสตร์ความงาม 1146
ณัฐนิชา หาญรัตนกุล ,ปองศิริ คุณงาม

การคัดกรองการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 1157
สุกัญญา รังษี ,เยี่ยม คงเรืองราช ,อภิชาติ เจริญยุทธ

ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 1167
วีรวัฒน์ รัศมี

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดกระบี่ 1177
พิพัฒน์ พุทธโร

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 1190
เกียรติศักดิ์ พวงพลอย

ปริมาณสารโลหะหนักตกค้างในผลิตภัณฑ์ผงมัทฉะที่จำหน่ายในประเทศไทย 1204
รัสริณทร์ ด้วยเศียรเกล้า

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 1213
ชัญญ์รัชต์ หยกกชพันธ์งาม ,รานี แสงจันทร์นวล

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร 1223
ตระกูลไทย ฉายแม้น

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ 1237
ณัฐกฤตา วุฒิยา

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 42 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อ การส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอด ประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio การก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน การให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การประเมินคุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่วางจำหน่ายในประเทศไทย

Assessing the quality of extra virgin olive oil commercialized in Thailand.

(Received: June 4,2026 ; Revised: June 12,2026 ; Accepted: June 14,2026)

นัท เสาวมล[1] มาศ ไม้ประเสริฐ[2]

Nut Saovamol[1] Mart Maiprasert[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจคุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่วางจำหน่ายในประเทศไทย จำนวน 12 ตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นผลิตภัณฑ์จากประเทศอิตาลี 6 ตัวอย่างและผลิตภัณฑ์จากประเทศสเปน 6 ตัวอย่าง โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสากล ผ่านการวิเคราะห์พารามิเตอร์ทางเคมี 3 ข้อ ได้แก่ สัดส่วนของกรดไขมัน, ค่าเพอร์ออกไซด์และค่าความเป็นกรดอิสระ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์น้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยต่อผู้บริโภค

ผลการศึกษาพบว่าทุกตัวอย่างผลิตภัณฑ์มีค่าสัดส่วนของกรดไขมัน (กรดโอเลอิก) อยู่ในช่วงร้อยละ 63.19-77.96 ค่าเพอร์ออกไซด์อยู่ในช่วง 3.97-9.97 mEq O2/kg และค่าความเป็นกรดอิสระอยู่ในช่วงร้อยละ 0.24-0.50 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากลสำหรับน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษ

คำสำคัญ: น้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษ, สัดส่วนของกรดไขมัน, ค่าเพอร์ออกไซด์, ค่าความเป็นกรดอิสระ

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study aimed to evaluate the quality of twelve commercially available extra virgin olive oil products distributed in Thailand. The samples consisted of six products originating from Italy and six from Spain. Quality assessment was conducted in reference to international food standards through the analysis of three key chemical parameters: fatty acid composition, peroxide value, and free acidity.

The findings are intended to provide evidence-based guidance for consumers in selecting standardized and safe extra virgin olive oil products. The results demonstrated that all analyzed samples exhibited oleic acid proportions ranging from 63.19% to 77.96%. The peroxide values were found within the range of 3.97–9.97 mEq O_2/kg, while free acidity values ranged from 0.24% to 0.50%. These values comply with internationally recognized standards for extra virgin olive oil.

Keywords: Extra virgin olive oil, Fatty acid composition, Peroxide value, Free acidity value

บทนำ

น้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษ (Extra Virgin Olive Oil: EVOO) เป็นน้ำมันที่สกัดจากผลมะกอก (Olea europaea L.) ด้วยกระบวนการทางกลภายใต้สภาวะที่ไม่เปลี่ยนแปลงคุณภาพ จัดเป็นน้ำมันมะกอกระดับสูงสุดในเชิงพาณิชย์ ซึ่งต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยองค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ สภามะกอกนานาชาติ (IOC) และคณะกรรมาธิการมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ (Codex Alimentarius Commission) โดยกำหนดว่าน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษต้องมีค่าความเป็นกรดอิสระไม่เกินร้อยละ 0.8 ค่าเพอร์ออกไซด์ไม่

[1] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
Corresponding author: Nut Saovamol E-mail: nut_saovamol@hotmail.com

เกิน 20 mEq O_2/kg และปราศจากข้อบกพร่องทางกลิ่นรส[1,2]

คุณประโยชน์ต่อสุขภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษได้รับการยืนยันจากหลักฐานวิจัยจำนวนมาก โดยเฉพาะบทบาทในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านกลไกการลด Oxidized LDL และปรับสมดุลไขมันในเลือด รวมทั้งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบผ่านการลดไซโตไคน์ก่อการอักเสบ เช่น IL-6, TNF-α และ IL-1β ตลอดจนลดภาวะเครียดออกซิเดชันและการอักเสบในระบบประสาท ซึ่งเป็นกลไกที่เชื่อมโยงกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด[3-5]

ในด้านเศรษฐกิจ ประเทศไทยยังคงพึ่งพาการนำเข้าน้ำมันมะกอก โดยมีประเทศสเปนและอิตาลีเป็นแหล่งนำเข้าหลัก ข้อมูล พ.ศ. 2566 ระบุว่าประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 33 ของโลกด้านการนำเข้าน้ำมันมะกอก คิดเป็นร้อยละ 0.23 ของการค้าทั่วโลก[6,7] อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานนานาชาติพบว่าน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปลอมปน เนื่องจากมีราคาสูงและมาตรฐานคุณภาพที่ซับซ้อน[8] การปลอมปนที่พบบ่อย ได้แก่ การผสมน้ำมันพืชราคาถูก การใช้น้ำมันมะกอกที่ผ่านการกลั่น และการระบุแหล่งผลิตไม่ตรงกับข้อเท็จจริง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อมั่นของผู้บริโภคและความปลอดภัยอาหาร[9-11]

การศึกษาในระดับนานาชาติได้เปิดเผยปัญหาเชิงคุณภาพที่น่ากังวล ตัวอย่างเช่น การศึกษาในบราซิลพบว่าร้อยละ 46 ของตัวอย่างน้ำมันมะกอกมีองค์ประกอบกรดไขมันไม่สอดคล้องกับลักษณะของน้ำมันมะกอกแท้[12] ขณะที่การศึกษาในตุรกีรายงานว่าร้อยละ 46 ของตัวอย่างมีค่าความเป็นกรดอิสระเกินเกณฑ์[13]

ในปัจจุบัน ประเทศไทยยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับคุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่วางจำหน่ายภายในประเทศ ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางวิชาการที่สำคัญ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพทางเคมีของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่วางจำหน่ายในประเทศไทย โดยวิเคราะห์สัดส่วนของกรดไขมัน ค่าเพอร์ออกไซด์ และค่าความเป็นกรดอิสระ เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคและการพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์ในอนาคต

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษ (Extra virgin olive oil) ที่วางจำหน่ายในประเทศไทยมีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสากล (International food standards) หรือไม่ โดยการวิเคราะห์ค่าทางเคมี ได้แก่ สัดส่วนของกรดไขมัน (Fatty acid composition), ค่าเพอร์ออกไซด์ (Peroxide value) และค่าความเป็นกรดอิสระ (Free acidity)

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินคุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษ (Extra virgin olive oil) ที่วางจำหน่ายในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research by cross-sectional study) เพื่อศึกษาคุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่วางจำหน่ายในประเทศไทย ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างผลิตภัณฑ์จำนวน 12 ตัวอย่าง จากร้านท็อปส์ซุปเปอร์มาเก็ต ซึ่งเป็นร้านค้าปลีกที่มีหลายสาขาและเข้าถึงผู้บริโภคได้กว้างขวาง ตัวอย่างแบ่งเป็นผลิตภัณฑ์จากประเทศอิตาลี 6 ตัวอย่าง และประเทศสเปน 6 ตัวอย่าง คัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ฉลากระบุว่าเป็น Extra virgin olive oil, ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, บรรจุในขวดทึบแสง, แหล่งผลิตจากอิตาลีหรือสเปน และยังไม่พ้นกำหนดอายุ

ตัวอย่างทั้งหมดถูกจัดเก็บในสภาวะที่ปิดมิดชิด หลีกเลี่ยงแสงแดด และรักษาอุณหภูมิให้ใกล้เคียงกัน จากนั้นส่งวิเคราะห์พร้อมกันที่สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งห้องปฏิบัติการได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17025:2017 พารามิเตอร์ที่ใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพมี 3 ประการ ดังนี้

(1) สัดส่วนของกรดไขมัน วิเคราะห์ด้วยเทคนิคแก๊สโครมาโทกราฟีแบบตรวจวัดด้วยเปลวไฟ (GC-FID) ตามเอกสารมาตรฐาน COI/T.20/Doc. No 33[14] โดยเตรียมตัวอย่างผ่านกระบวนการทรานส์เอสเทอริฟิเคชัน เพื่อแปลงกรดไขมันเป็นเมทิลเอสเทอร์ แล้วแยกด้วยคอลัมน์แคปิลลารี ระบุชนิดและปริมาณกรดไขมันโดยเปรียบเทียบกับสารมาตรฐาน

(2) ค่าเพอร์ออกไซด์ วิเคราะห์ด้วยหลักการไอโอโดเมตริกไทเทรชัน (Iodometric titration) ตามเอกสารมาตรฐาน COI/T.20/Doc. No 35[15] โดยเติมโพแทสเซียมไอโอไดด์ในน้ำมันที่ละลายในสารละลาย แล้วไทเทรตด้วยโซเดียมไธโอซัลเฟต ค่าแสดงเป็น mEq O_2/kg

(3) ค่าความเป็นกรดอิสระ วิเคราะห์ด้วยหลักการไทเทรชันตามเอกสารมาตรฐาน COI/T.20/Doc. No 34[16] โดยละลายน้ำมันในเอทานอล แล้วไทเทรตด้วยโพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ คำนวณผลเป็นร้อยละของกรดโอเลอิก กรณีที่ห้องปฏิบัติการรายงานเป็นค่า Acid value ใช้สมการ %FFA (as oleic) = 0.503 × Acid value ในการแปลงค่า[17]

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยบันทึกผลลงตารางและเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล (Codex Alimentarius Standard: CODEX STAN 33-1981)[2]

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) ได้รับการพิจารณาและอนุมัติว่าไม่เข้าข่ายจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ วันที่รับรอง 28 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษา

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ทั้ง 12 รายการ กำหนดรหัส A ถึง F สำหรับผลิตภัณฑ์จากอิตาลี และ G ถึง L สำหรับผลิตภัณฑ์จากสเปน ทุกตัวอย่างมีลักษณะเป็นของเหลวใสสีเหลือง บรรจุ
ในขวดพลาสติกทึบแสง ปริมาณ 100 มิลลิลิตร เก็บตัวอย่าง 3 ขวดต่อผลิตภัณฑ์

ผลการวิเคราะห์ทางเคมี (ตารางที่ 1) พบว่าค่ากรดไขมันโอเลอิกของตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในช่วงร้อยละ 63.19–77.96 ซึ่งอยู่ภายในเกณฑ์ร้อยละ 55–83 ตามมาตรฐาน Codex Alimentarius สำหรับน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์
พิเศษ ผลิตภัณฑ์จากอิตาลีมีค่ากรดโอเลอิกอยู่ในช่วงร้อยละ 68.51–77.68 ขณะที่ผลิตภัณฑ์จากสเปนอยู่ในช่วงร้อยละ 63.19–77.96

ผลการวิเคราะห์ทางเคมี (ตารางที่ 1) พบว่าค่ากรดไขมันโอเลอิกของตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในช่วงร้อยละ 63.19–77.96 ซึ่งอยู่ภายในเกณฑ์ร้อยละ 55–83 ตามมาตรฐาน Codex Alimentarius สำหรับน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษ ผลิตภัณฑ์จากอิตาลีมีค่ากรดโอเลอิกอยู่ในช่วงร้อยละ 68.51–77.68 ขณะที่ผลิตภัณฑ์จากสเปนอยู่ในช่วงร้อยละ 63.19–77.96

ค่าเพอร์ออกไซด์ของทุกตัวอย่างอยู่ในช่วง 3.97–9.97 mEq O_2/kg ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์สูงสุดที่กำหนดไว้ที่ 20 mEq O_2/kg อย่างมาก บ่งชี้ว่าผลิตภัณฑ์ยังไม่เกิดการเสื่อมสภาพจากปฏิกิริยาออกซิเดชันในระดับที่มีนัยสำคัญ ค่าความเป็นกรดอิสระอยู่ในช่วงร้อยละ 0.24–0.50 ของกรดโอเลอิก ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 0.8 ทุกตัวอย่าง สะท้อนว่าผลิตภัณฑ์ผ่านกระบวนการผลิตและการเก็บรักษาที่เหมาะสม

เมื่อเปรียบเทียบผลวิเคราะห์ทั้งสามพารามิเตอร์กับเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล พบว่าผลิตภัณฑ์ทั้ง 12 ตัวอย่างผ่านเกณฑ์ทุกข้อ (ตารางที่ 2) จึงสามารถจัดอยู่ในประเภทน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษตามคุณลักษณะทางเคมีที่วิเคราะห์ในการศึกษานี้

ตารางที่ 1 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพทางเคมีของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษ (n = 12)

รหัส	ประเทศที่ผลิต	กรดโอเลอิก (%)	เพอร์ออกไซด์ (mEq O_2/kg)	กรดอิสระ (%โอเลอิก)
A	อิตาลี	75.58	7.94	0.34
B	อิตาลี	77.14	7.96	0.24
C	อิตาลี	76.12	7.95	0.38
D	อิตาลี	68.51	7.96	0.29
E	อิตาลี	77.51	9.96	0.30
F	อิตาลี	77.68	7.96	0.28
G	สเปน	77.96	3.97	0.24
H	สเปน	70.60	7.94	0.39
I	สเปน	63.19	9.97	0.50
J	สเปน	70.99	7.95	0.50
K	สเปน	77.52	7.96	0.39
L	สเปน	71.88	7.95	0.28

หมายเหตุ. เกณฑ์อ้างอิง Codex Alimentarius (CODEX STAN 33-1981): กรดโอเลอิก 55.0-83.0%, ค่าเพอร์ออกไซด์ ≤ 20 mEq O_2/kg, ค่าความเป็นกรดอิสระ ≤ 0.8%

ตารางที่ 2 แสดงผลคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล

รหัสผลิตภัณฑ์	ประเทศที่ผลิต	เกณฑ์น้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล
A	อิตาลี	ผ่าน
B	อิตาลี	ผ่าน
C	อิตาลี	ผ่าน
D	อิตาลี	ผ่าน
E	อิตาลี	ผ่าน
F	อิตาลี	ผ่าน
G	สเปน	ผ่าน
H	สเปน	ผ่าน
I	สเปน	ผ่าน
J	สเปน	ผ่าน
K	สเปน	ผ่าน
L	สเปน	ผ่าน

หมายเหตุ. ผ่าน = ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล / ไม่ผ่าน = ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษทั้ง 12 ตัวอย่างที่วางจำหน่ายในร้านค้าปลีกชั้นนำของประเทศไทยมีคุณสมบัติทางเคมีสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล ในด้านสัดส่วนของกรดไขมันโอเลอิก ค่าเพอร์ออกไซด์ และค่าความเป็นกรดอิสระ ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญต่อการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย เนื่องจากเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ชุดแรกที่แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์ในกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพตามที่ฉลากระบุ

ค่ากรดโอเลอิกที่ตรวจพบในช่วงร้อยละ 63.19–77.96 สอดคล้องกับช่วงค่าที่กำหนดโดย Codex Alimentarius (ร้อยละ 55–83)2 สัดส่วนของกรดโอเลอิกเป็นพารามิเตอร์สำคัญในการตรวจสอบความแท้ของน้ำมันมะกอก เนื่องจากสะท้อนลักษณะทางพันธุกรรมของสายพันธุ์มะกอก [1] หากมีการปลอมปนด้วยน้ำมันพืชราคาถูกจะส่งผลให้สัดส่วนกรดไขมันเปลี่ยนแปลงไปจากเกณฑ์ที่กำหนด ข้อค้นพบนี้จึงบ่งชี้ว่าผลิตภัณฑ์ในกลุ่มตัวอย่างไม่ปรากฏหลักฐานเชิงเคมีของการปลอมปนน้ำมันชนิดอื่น อย่างไรก็ตาม ต้องตระหนักว่าการวิเคราะห์เพียงสัดส่วนกรดไขมันอาจไม่สามารถตรวจจับการปลอมปนในระดับต่ำได้ จำเป็นต้องอาศัยวิธีการวิเคราะห์อื่นร่วมด้วย[9,11]

ค่าเพอร์ออกไซด์ที่ตรวจพบ (3.97–9.97 mEq O_2/kg) ต่ำกว่าเกณฑ์สูงสุด (20 mEq O_2/kg) อย่างมาก บ่งชี้ว่าผลิตภัณฑ์ยังไม่เกิดการเสื่อมสภาพจากปฏิกิริยาออกซิเดชันขั้นต้นในระดับที่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ค่าเพอร์ออกไซด์สัมพันธ์กับสภาวะการเก็บรักษา ชนิดบรรจุภัณฑ์ และปริมาณสารต้านอนุมูลอิสระที่หลงเหลืออยู่ในน้ำมัน[18] การที่ตัวอย่างทุกรายการบรรจุในขวดทึบแสงอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยชะลอกระบวนการโฟโตออกซิเดชัน ซึ่งถูกเร่งโดยรงควัตถุคลอโรฟิลล์ในน้ำมัน[19]

ค่าความเป็นกรดอิสระ (0.24–0.50%) ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (≤ 0.8%) สะท้อนว่าผลมะกอกที่ใช้ในการผลิตน่าจะมีคุณภาพดีและผ่านกระบวนการแปรรูปที่ได้มาตรฐาน เนื่องจากค่าความเป็นกรดอิสระเป็นตัวบ่งชี้ปริมาณกรดไขมันที่เกิดจากการไฮโดรไลซิสของไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งมักเพิ่มขึ้นเมื่อผลมะกอกได้รับความเสียหายหรือเก็บรักษาไม่เหมาะสมก่อนการสกัด[20]

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ ผลการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากรายงานก่อนหน้า การศึกษาของ Aued-Pimentel และคณะ ในบราซิล[12] พบว่ามีผลิตภัณฑ์จำนวนมากที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Turk และคณะ ในตุรกี[13] ที่พบปัญหาความแปรปรวนของคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การทบทวนเชิงวิเคราะห์ของ Casadei และคณะ[9] ซึ่งเป็นการทบทวนเชิงวิเคราะห์แนวโน้มรูปแบบการปลอมปนน้ำมันมะกอก รวมไปถึงการประเมินระบบควบคุมคุณภาพและการเสนอแนวทางมาตรการรับมือ ได้ชี้ให้เห็นถึงการพัฒนากลไกมาตรการการควบคุมคุณภาพและการจัดการบรรจุภัณฑ์ที่เหมาะสมมากขึ้น ปัจจัยดังกล่าว อาจเป็นเหตุผลสนับสนุนที่อธิบายได้ว่าการศึกษาปัจจุบันครั้งนี้จึงไม่พบตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสากล

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาต่อไป ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมช่องทางจำหน่ายที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงผลิตภัณฑ์จากประเทศอื่นนอกเหนือจากอิตาลีและสเปน ควรเพิ่มพารามิเตอร์เชิงคุณภาพอื่น เช่น การประเมินทางประสาทสัมผัสและค่าสัมประสิทธิ์การดูดกลืนแสง UV นอกจากนี้ ควรพิจารณาศึกษาผลกระทบของเงื่อนไขการขนส่งและระยะเวลาหลังการผลิตต่อคุณภาพผลิตภัณฑ์ ตลอดจนสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตรวจสอบคุณภาพน้ำมันมะกอกอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้บริโภคและยกระดับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพของน้ำมันมะกอกชนิดบริสุทธิ์พิเศษที่สำหรับงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Aparicio R, Harwood J.(2013). Handbook of olive oil: analysis and properties. 2nd ed. Boston: Springer; 2013.
2. Codex Alimentarius Commission.(2019). Standard for olive oils and olive pomace oils. CODEX STAN 33-1981. Rome: FAO/WHO; 2019.
3. Trajkovska Petkoska A, Trajkovska-Broach A.(2021). Health benefits of extra virgin olive oil. In: Olive Oil - Production, Composition, Uses and Benefits for Man. London: IntechOpen; 2021.
4. Patti AM, Carruba G, Cicero AFG, et al.(2020). Daily use of extra virgin olive oil with high oleocanthal concentration reduced body weight, waist circumference, alanine transaminase, inflammatory cytokines and hepatic steatosis in subjects with the metabolic syndrome. Metabolites. 2020;10(10):392.
5. De Santis S, Cariello M, Piccinin E, et al.(2019). Extra virgin olive oil: lesson from nutrigenomics. Nutrients. 2019;11(9):2085.
6. World Integrated Trade Solution.(2021). Thailand Virgin olive oil and fractions imports by country 2021. World Bank; 2021.
7. Tridge.(2024). Thailand Olive Oil market overview 2024.
8. European Commission.(2019). The EU Food Fraud Network and the Administrative Assistance and Cooperation System: 2019 Annual Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
9. Casadei E, Valli E, Panni F, et al.(2021). Emerging trends in olive oil fraud and possible countermeasures. Food Control. 2021;124:107902.
10. Almoselhy RIM.(2020). A comprehensive review of characterization and detection of adulteration of extra virgin olive oil. Am J Food Sci Nutr. 2020;7(4):100-119.
11. Lozano-Castellón J, López-Yerena A, Domínguez-López I, et al.(2022). Extra virgin olive oil: a comprehensive review of efforts to ensure its authenticity, traceability, and safety. Compr Rev Food Sci Food Saf. 2022;21(3):2639-2664.
12. Aued-Pimentel S, Separovic L, Silvestre LGGR, et al.(2017). Fraude em azeites de oliva do comércio brasileiro. Rev Inst Adolfo Lutz. 2017;76:e1746.
13. Türk G, Tacer-CABA Z, Çakmak B, Özpinar H.(2016). Evaluation of Turkish olive oil quality. International Journal of Food Engineering Research. 2016;2(2):1-17.
14. International Olive Council.(2017). Determination of fatty acid methyl esters by gas chromatography COI/T.20/Doc. No 33/Rev. 1. Madrid: IOC; 2017.
15. International Olive Council.(2017). Determination of peroxide value COI/T.20/Doc. No 35/Rev. 1. Madrid: IOC; 2017.
16. International Olive Council.(2017). Determination of free fatty acids, cold saponification COI/T.20/Doc. No 34/Rev. 1. Madrid: IOC; 2017.
17. Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Discussion paper on the replacement of acid value with free fatty acids. CX/FO 17/25/12rev1. Kuala Lumpur: Codex Alimentarius Commission; 2017.

18. Shahidi F, Zhong Y. (2010). Lipid oxidation and improving the oxidative stability. Chem Soc Rev. 2010;39(11):4067-4079.
19. Psomiadou E, Tsimidou M.(2002). Pigments in Greek virgin olive oils: occurrence and levels. J Sci Food Agric. 2002;82(6):640-647.
20. Panzanaro S, Malorni A, Zappia V, et al.(2010). Biochemical characterization of a lipase from olive fruit. Plant Physiol Biochem. 2010;48(11-12):939-946.

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมหาสารคาม

Effect of Video Media for Preparation of Patients for One Day Surgery Colonoscopy at the Pre-anesthetic Clinic, Mahasarakham Hospital.

(Received: June 7,2026 ; Revised: June 12,2026 ; Accepted: June 14,2026)

ปวริศา ทินวัน[1]
Pavarisa Thinwan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ความวิตกกังวลก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึก และความพร้อมของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ณ คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 100 ราย คัดเลือกแบบสะดวก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 ราย ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคำแนะนำตามแนวปฏิบัติ และกลุ่มควบคุม 50 ราย ได้รับการให้ข้อมูลด้วยวาจาตามแนวปฏิบัติปกติ เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความวิตกกังวล State Anxiety Scale ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84, 0.88, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independent t-test และ ANCOVA โดยควบคุมคะแนนก่อนทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (8.42 ± 1.21 เทียบกับ 4.58 ± 1.36; t = 26.18, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (6.32 ± 1.54; t = 7.56, p < .001) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนทดลอง (34.58 ± 6.42 เทียบกับ 50.52 ± 7.44; t = -28.99, p < .001) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (45.44 ± 7.87; t = -7.56, p < .001) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (67.20 ± 5.43 เทียบกับ 51.28 ± 6.32; t = 31.76, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (53.86 ± 5.65; t = 12.04, p < .001) ผล ANCOVA ยืนยันความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังควบคุมคะแนนก่อนทดลองในทุกตัวแปร (p < .001, partial η^2 = 0.534–0.775) ความพึงพอใจโดยรวมต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด (43.96 ± 4.12 จากคะแนนเต็ม 50)

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์, ความพร้อมของผู้ป่วย, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่, การให้ยาระงับความรู้สึก, ความวิตกกังวล, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

Abstract

This quasi-experimental study using a two-group pretest–posttest design aimed to compare knowledge of pre- and post-colonoscopy preparation, pre-procedural anxiety, and patient readiness between patients receiving video-based education and those receiving routine verbal instruction, and to assess satisfaction with the video. The participants were 100 patients undergoing one day surgery colonoscopy at the Pre-anesthetic Clinic, Mahasarakham Hospital. Convenience sampling was used to allocate 50 participants to the experimental group, which received video-based education plus standard instruction, and 50 to the control group, which received routine verbal instruction. The instruments included a demographic data form, a knowledge test, the Thai version of the State Anxiety Scale, a Patient Readiness Questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Cronbach's alpha coefficients were 0.84, 0.88, 0.87, and 0.91,

[1] โรงพยาบาลมหาสารคาม

respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and ANCOVA controlling for pretest scores, with statistical significance set at .05.

The experimental group had significantly higher posttest knowledge than pretest knowledge (8.42 ± 1.21 vs. 4.58 ± 1.36; t = 26.18, p < .001) and higher posttest knowledge than the control group (6.32 ± 1.54; t = 7.56, p < .001). Posttest anxiety in the experimental group decreased significantly from baseline (34.58 ± 6.42 vs. 50.52 ± 7.44; t = -28.99, p < .001) and was lower than that in the control group (45.44 ± 7.87; t = -7.56, p < .001). Posttest readiness in the experimental group increased significantly from baseline (67.20 ± 5.43 vs. 51.28 ± 6.32; t = 31.76, p < .001) and was higher than that in the control group (53.86 ± 5.65; t = 12.04, p < .001). ANCOVA confirmed significant between-group differences after adjustment for pretest scores for all outcomes (p < .001, partial η^2 = 0.534–0.775). Overall satisfaction with the video was at the highest level (43.96 ± 4.12 out of 50).

Keywords: Video media, Patient readiness, Colonoscopy, Sedation, Anxiety, One day surgery

บทนำ

การผ่าตัดและหัตถการแบบวันเดียวกลับเป็นแนวทางบริการสุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมในประเทศไทย เนื่องจากช่วยลดระยะเวลารอคอย ลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในหัตถการที่สามารถประเมินความเสี่ยง วางแผนการระงับความรู้สึก และดูแลหลังหัตถการได้อย่างปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ได้ขับเคลื่อนระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระเตียงผู้ป่วยใน และพัฒนาคุณภาพบริการภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย[1]

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการสำคัญสำหรับการคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง โดยเฉพาะการตรวจหาติ่งเนื้อหรือรอยโรคก่อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติแสดงให้เห็นว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังคงเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในระบบบริการสุขภาพของประเทศ[2] นอกจากนี้ แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังให้ความสำคัญกับการตรวจส่องกล้องในกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ เพื่อค้นหารอยโรคและดำเนินการรักษาได้อย่างเหมาะสม[3]

อย่างไรก็ตาม การส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องเข้าใจวิธีการเตรียมลำไส้ การงดอาหารและน้ำ การจัดการยาประจำตัว การปฏิบัติตัวก่อนและหลังหัตถการ รวมถึงข้อควรระวังภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก แนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกระดับปานกลางเน้นความสำคัญของการประเมินผู้ป่วยก่อนหัตถการ การให้ข้อมูลที่เพียงพอ การเฝ้าระวังระหว่างหัตถการ และการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างปลอดภัย[4]

หลักฐานที่ผ่านมาแสดงว่าสื่อวีดิทัศน์และสื่อดิจิทัลเพื่อการให้ความรู้ผู้ป่วยสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้อง และเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ได้ การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่าสื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เมื่อเปรียบเทียบกับการให้ข้อมูลแบบปกติ[5] ขณะที่การศึกษาแบบสุ่มในผู้ป่วยนอกพบว่าการใช้วิดีโอเสมือนจริงร่วมกับการให้ข้อมูลตามปกติช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ เพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[6] นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้วิดีโอเสริมการให้ความรู้

ก่อนผ่าตัดยังสนับสนุนว่าวิดีโอมีศักยภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้ข้อมูล ลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการได้ดีขึ้น[7]

ในเชิงทฤษฎี ความวิตกกังวลก่อนหัตถการเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าสถานการณ์ทางการแพทย์มีความไม่แน่นอนหรืออาจก่อให้เกิดอันตราย การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นลำดับจึงช่วยลดความไม่แน่นอนและเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยได้[8] ขณะเดียวกัน แนวคิดการเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียอธิบายว่าการนำเสนอข้อมูลผ่านภาพ เสียง และลำดับเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กัน ช่วยให้ผู้เรียนประมวลผลข้อมูลได้ดีขึ้น เข้าใจเนื้อหาได้ชัดเจนขึ้น และจดจำขั้นตอนการปฏิบัติได้มากกว่าการรับข้อมูลด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว[9] ดังนั้น สื่อวีดิทัศน์จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ

โรงพยาบาลมหาสารคามจัดให้มีคลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อประเมินความเสี่ยง วางแผนการดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนหัตถการ จากข้อมูลหน่วยงานในปี พ.ศ. 2566–2568 พบผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับจำนวน 549, 907 และ 519 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยไม่มารับการตรวจคัดกรองรวม 135 ราย และมีการงดหรือเลื่อนการตรวจรวม 25 ราย สาเหตุสำคัญเกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ได้รับประทานยาความดันโลหิตในเช้าวันตรวจ ไม่งดอาหาร หรือไม่งดยาละลายลิ่มเลือดตามแนวปฏิบัติ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน เข้าใจง่าย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนรับบริการได้ถูกต้อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อใช้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โดยมุ่งเปรียบเทียบผลต่อความรู้ ความวิตกกังวล และความพร้อมของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนามาตรฐานการให้ข้อมูลผู้ป่วยในคลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมหาสารคาม

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ความวิตกกังวลก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึก และความพร้อมของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการ ณ คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยการพัฒนาเครื่องมือและสื่อวีดิทัศน์ดำเนินการในระยะเตรียมโครงการ และเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงพฤษภาคม 2569

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ จำนวน 100 ราย คัดเลือกแบบสะดวก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 ราย และกลุ่มควบคุม 50 ราย เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 50–70 ปี ที่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินหรือมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถรับชมสื่อหรือตอบแบบประเมินได้ครบถ้วน กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับคำแนะนำตามแนวปฏิบัติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อมูลด้วยวาจาตามแนวปฏิบัติปกติ สื่อวีดิทัศน์ครอบคลุมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้อง การงดอาหารและน้ำ การเตรียมลำไส้ การจัดการยาประจำตัว การปฏิบัติตัว

หลังได้รับยาระงับความรู้สึก และข้อควรระวังด้านความปลอดภัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 10 ข้อ 3) แบบประเมินความวิตกกังวล State Anxiety Scale ฉบับภาษาไทย จำนวน 20 ข้อ 4) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 10 ข้อ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84, 0.88, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 68-09-017 รับรองเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมด้วย ANCOVA โดยใช้คะแนนก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.0 อายุเฉลี่ย 57.59 ± 5.30 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.0 อาชีพหลักคือรับจ้างร้อยละ 33.0 และเกษตรกรร้อยละ 32.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ร้อยละ 92.0 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	รวม n (%)
เพศชาย	14 (28.0)	20 (40.0)	34 (34.0)
เพศหญิง	36 (72.0)	30 (60.0)	66 (66.0)
อายุเฉลี่ย ± SD (ปี)	57.52 ± 5.35	57.66 ± 5.30	57.59 ± 5.30
ประถมศึกษา	43 (86.0)	33 (66.0)	76 (76.0)
อาชีพรับจ้าง	14 (28.0)	19 (38.0)	33 (33.0)
อาชีพเกษตรกร	15 (30.0)	17 (34.0)	32 (32.0)
รายได้ <10,000 บาท/เดือน	30 (60.0)	27 (54.0)	57 (57.0)
ไม่เคยส่องกล้องลำไส้ใหญ่	46 (92.0)	46 (92.0)	92 (92.0)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และความพร้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกตัวแปร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

คะแนน/กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean diff	t	p-value
ด้านความรู้					
กลุ่มทดลอง	4.58 ± 1.36	8.42 ± 1.21	3.84	26.18	<.001
กลุ่มควบคุม	4.76 ± 1.20	6.32 ± 1.54	1.56	9.34	<.001
ด้านความวิตกกังวล					
กลุ่มทดลอง	50.52 ± 7.44	34.58 ± 6.42	-15.94	-28.99	<.001
กลุ่มควบคุม	50.68 ± 8.62	45.44 ± 7.87	-5.24	-14.52	<.001
ด้านความพร้อม					
กลุ่มทดลอง	51.28 ± 6.32	67.20 ± 5.43	15.92	31.76	<.001
กลุ่มควบคุม	47.82 ± 5.79	53.86 ± 5.65	6.04	17.50	<.001

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนความรู้และความพร้อมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD	t	p-value	Cohen's d
คะแนนด้านความรู้	3.84 ± 1.04	1.56 ± 1.18	10.26	<.001	2.05
คะแนนด้านความวิตกกังวล	-15.94 ± 3.89	-5.24 ± 2.55	-16.27	<.001	3.25
คะแนนด้านความพร้อม	15.92 ± 3.54	6.04 ± 2.44	16.23	<.001	3.25

ผลการวิเคราะห์ ANCOVA โดยควบคุมคะแนนก่อนทดลอง พบว่าคะแนนหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรตาม ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล partial η^2 อยู่ในช่วง 0.534–0.775 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ ANCOVA ของตัวแปรตาม

ตัวแปรตาม	Adjusted mean ทดลอง	Adjusted mean ควบคุม	F	p-value	partial η^2
คะแนนด้านความรู้	8.48	6.26	111.36	<.001	0.534
คะแนนด้านความวิตกกังวล	34.65	45.37	332.05	<.001	0.774
คะแนนด้านความพร้อม	65.83	55.23	334.51	<.001	0.775

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่อสื่อวีดิทัศน์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 43.96 ± 4.12 จากคะแนนเต็ม 50 อยู่ในระดับมากที่สุด โดยผู้ป่วย 38 ราย (ร้อยละ 76.0) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด และ 12 ราย (ร้อยละ 24.0) มีความพึงพอใจระดับมาก ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของกลุ่มทดลอง (n = 50)

รายการ	Mean	SD	ระดับ
ภาพประกอบในสื่อชัดเจน เข้าใจง่าย	4.54	0.65	มากที่สุด
ความยาวของสื่อเหมาะสม	4.46	0.68	มาก
สื่อทำให้รู้สึกมั่นใจในการเข้ารับการตรวจ	4.44	0.70	มาก
ลำดับการนำเสนอน่าติดตาม	4.44	0.73	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์	43.96/50	4.12	มากที่สุด

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ความวิตกกังวลก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึก ความพร้อมของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ณ คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 ราย ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวปฏิบัติ และกลุ่มควบคุม 50 ราย ได้รับการให้ข้อมูลด้วยวาจาตามแนวปฏิบัติปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.42 ± 1.21 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.32 ± 1.54 คะแนน นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 34.58 ± 6.42 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมเท่ากับ 45.44 ± 7.87 คะแนน ด้านความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 67.20 ± 5.43 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมเท่ากับ 53.86 ± 5.65 คะแนน ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมโดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนความรู้ ความวิตกกังวล และความพร้อมของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 43.96 ± 4.12 คะแนน

โดยสรุป การใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวปฏิบัติสามารถเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับได้อย่างมีประสิทธิผล อีกทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุด จึงเหมาะสมสำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางสนับสนุนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในคลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวปฏิบัติมีผลเชิงบวกต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าสื่อวีดิทัศน์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ชัดเจนขึ้น ทั้งในด้านการเตรียมลำไส้ การงดอาหารและน้ำ การจัดการยาประจำตัว การปฏิบัติตัวก่อนรับยาระงับความรู้สึก และการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย ซึ่งอธิบายว่าการนำเสนอข้อมูลผ่านภาพ เสียง และลำดับเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กัน ช่วยให้ผู้เรียนประมวลผลข้อมูล เข้าใจเนื้อหา และจดจำขั้นตอนการปฏิบัติได้ดีขึ้น[9] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เมื่อเปรียบเทียบกับการให้ข้อมูลแบบปกติ[5] และการศึกษาแบบสุ่มที่พบว่าการใช้วิดีโอเสมือนจริงร่วมกับการให้ข้อมูลตามปกติช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ การปฏิบัติตามคำแนะนำ และความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่[6]

ด้านความวิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน เข้าใจง่าย และเป็นลำดับผ่านสื่อวีดิทัศน์ช่วยลดความไม่แน่นอนของผู้ป่วยต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และการได้รับยาระงับความรู้สึกได้ ผู้ป่วยที่ทราบขั้นตอนการเตรียมตัว ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อควรปฏิบัติ และการดูแลหลังทำหัตถการ ย่อมมีความมั่นใจมากขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ของ Spielberger ที่อธิบายว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งมีความไม่แน่นอนหรืออาจก่อให้เกิดอันตราย[8] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้วิดีโอเสริมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดที่พบว่าวิดีโอมีศักยภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้ข้อมูลและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการทางการแพทย์[7]

ด้านความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าสื่อวีดิทัศน์ไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อความรู้เท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความเข้าใจ และความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความพร้อมก่อนทำหัตถการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับที่จำเป็นต้องเตรียมลำไส้ งดอาหารและน้ำ จัดการยาประจำตัว ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านความปลอดภัย และเตรียมตัวกลับบ้านภายในวันเดียวอย่างถูกต้อง การมีสื่อมาตรฐานที่สามารถอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ได้ครบถ้วนจึงช่วยลดความเสี่ยงจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย และอาจช่วยลดการงดหรือเลื่อนการทำหัตถการจากการเตรียมตัวไม่ถูกต้องได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกระดับปานกลาง ซึ่งให้ความสำคัญกับการประเมินผู้ป่วยก่อนหัตถการ การให้ข้อมูลที่เพียงพอ การเฝ้าระวังความปลอดภัย และการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน[4]

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเมื่อควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนความรู้ ความวิตกกังวล และความพร้อมของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในกลุ่มทดลองสัมพันธ์กับการได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ไม่ได้เกิดจากความแตกต่างของคะแนนพื้นฐานก่อนการทดลองเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษานี้สนับสนุนการใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นเครื่องมือเสริมในการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในคลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์ช่วยให้การสื่อสารข้อมูลมีความเป็นมาตรฐาน ลดความแตกต่างของการอธิบายระหว่างบุคลากรแต่ละคน และทำให้

ผู้ป่วยได้รับข้อมูลสำคัญครบถ้วนในรูปแบบที่เข้าใจง่าย

นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบการนำเสนอ ความเข้าใจง่าย และประโยชน์ต่อการเตรียมตัวก่อนรับบริการ ความพึงพอใจในระดับสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการนำสื่อไปใช้จริงในงานบริการประจำ เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์สามารถใช้ซ้ำได้ ให้ข้อมูลได้เป็นมาตรฐาน ลดภาระการให้คำแนะนำซ้ำของวิสัญญีพยาบาล และช่วยให้บุคลากรมีเวลาในการประเมินผู้ป่วยเฉพาะรายได้มากขึ้น ขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาบริการผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับที่มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพบริการ ลดความแออัด และคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย[1]

โดยสรุป การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษานี้สนับสนุนให้คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติมาตรฐานในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ เพื่อเพิ่มคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของระบบบริการ ทั้งนี้ การนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นควรปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการ แนวทางการปฏิบัติงาน และลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลมหาสารคาม หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และเจ้าหน้าที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ประสานงาน และสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัย

ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ทำให้งานวิจัยมีความถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึกได้ดียิ่งขึ้น

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถาม ผลจากการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ และสนับสนุนการยกระดับคุณภาพบริการของคลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2568.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2568). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2568.
4. American Society of Anesthesiologists.(2018). Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia. Practice guidelines for moderate procedural sedation and analgesia 2018: A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia. Anesthesiology. 2018;128(3):437-479.

5. Ye Z, Chen J, Xuan Z, Gao M, Yang H.(2020). Educational video improves bowel preparation in patients undergoing colonoscopy: a systematic review and meta-analysis. Ann Palliat Med. 2020;9(3):671-680.
6. Chen G, Zhao Y, Xie F, Shi W, Yang Y, Yang A, et al.(2021). Educating outpatients for bowel preparation before colonoscopy using conventional methods vs virtual reality videos plus conventional methods: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2021;4(11):e2135576.
7. Tom K, Phang PT.(2022). Effectiveness of the video medium to supplement preoperative patient education: A systematic review of the literature. Patient Educ Couns. 2022;105(7):1878-1887.
8. Spielberger CD.(1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI Form Y. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
9. Mayer RE.(2014). Cognitive theory of multimedia learning. In: Mayer RE, editor. The Cambridge handbook of multimedia learning. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2014. p.43-71.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

Effects of a Supportive–Educative Nursing Program Delivered via the LINE Application Combined with an Electronic Pelvic Floor Muscle Training Demonstration Model on Knowledge and Preventive Behaviors Regarding Urinary Incontinence among Older Adults.

(Received: June 8,2026 ; Revised: June 13,2026 ; Accepted: June 15,2026)

อธิพงศ์ สุริยา[1] สาวิตรี สิงหาด[2]
Atipong Suriya[1] Sawitree Singhard[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านบัววัด ตำบลธาตุ อำเภอ วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test (การทดสอบที)

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.32$, $p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 32.37$, $p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้, แอปพลิเคชันไลน์, หุ่นจำลองไฟฟ้า, ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design to examine the effects of a supportive–educative nursing program delivered via the LINE application combined with an electronic pelvic floor muscle exercise demonstration model on knowledge and urinary incontinence prevention behaviors among older adults. The participants were 30 older women who were members of the Ban Buawat Elderly Club, That Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province, Thailand. The participants were selected using purposive sampling based on predetermined inclusion criteria.The screening instruments included the Thai Geriatric Depression Scale and the Thai Mental State Examination. Data collection instruments consisted of a demographic questionnaire, a knowledge questionnaire on urinary incontinence prevention among older adults,

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Corresponding author: Email: sawitree.si@ubu.ac.th

and a urinary incontinence prevention behavior questionnaire.The intervention instrument was a supportive–educative nursing program delivered over a period of four weeks through the LINE application in conjunction with an electronic pelvic floor muscle exercise demonstration model. Data were analyzed using descriptive statistics, and differences between pretest and posttest scores were examined using the paired-samples t-test.

The findings revealed that, after receiving the supportive–educative nursing program, the participants demonstrated significantly higher mean knowledge scores compared with those before the intervention ($t = 24.32$, $p < .001$). In addition, the mean scores for urinary incontinence prevention behaviors were significantly higher after participation in the program than before participation ($t = 32.37$, $p < .001$).

Keywords: Supportive–Educative Nursing Program, LINE Application, Electronic Demonstration Model,Urinary Incontinence, Older Adults

บทนำ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสำคัญที่พบจากการเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ (Presentation of Illness) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า “ยักษ์ใหญ่ทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” (Giant Geriatric Syndrome) อันเป็นกลุ่มปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและการเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย[1] ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบว่าความชุกของภาวะดังกล่าวในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเสื่อมของระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามวัย จากการศึกษาต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ประมาณร้อยละ 15–30 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า อย่างไรก็ตาม เมื่ออายุเกิน 80 ปีขึ้นไป ความชุกของภาวะดังกล่าวในเพศหญิงและเพศชายจะมีแนวโน้มใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลระยะยาว หรือสถานบริบาลผู้สูงอายุ พบสูงถึงร้อยละ 60–70 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต ความภาคภูมิใจในตนเอง รวมถึงเพิ่มภาระในการดูแลของครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ[2]

สำหรับประเทศไทย มีรายงานความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 16–28 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะดังกล่าวเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มักไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไขอย่างเหมาะสม ทั้งจากตัวผู้สูงอายุและบุคลากรทางสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมากมองว่าการมีปัสสาวะเล็ดราดเป็นเรื่องน่าอาย จึงไม่กล้าเปิดเผยหรือขอรับการรักษา โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50–75 ที่มีอาการปัสสาวะเล็ดราดจะไม่แจ้งอาการดังกล่าวแก่บุคลากรทางสุขภาพ และหลีกเลี่ยงการพูดถึงปัญหาเมื่อมารับบริการในสถานพยาบาล นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายยอมรับว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นส่วนหนึ่งของความเสื่อมตามวัย จึงมองว่าเป็นเรื่องปกติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ขณะที่บางรายมีความเชื่อว่าการรักษาไม่สามารถทำให้อาการหายขาดหรือดีขึ้นได้ ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการแสวงหาการรักษาและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม[3] ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การส่งเสริมความรู้

ความตระหนัก และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาและสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 289,516 คน คิดเป็นร้อยละ 15.79 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด นับเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองจากจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดขอนแก่น ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ พบว่า ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สูงถึงร้อยละ 50 [4] สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยไม่พบการศึกษาวิจัยที่มีการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่ใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้สูงอายุเพศหญิงในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่สำคัญที่จะเกิดปัญหาดังกล่าวมากกว่าวัยอื่น มีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจากการมีหลายโรค หลายปัญหา และการดูแลที่ต้องมีลักษณะความเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเพื่อส่งเสริมให้ความรู้และป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ฝึกทักษะ และปฏิบัติการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม[5] ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งถือว่าเป็นสื่อดิจิทัลเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ ดึงดูดความสนใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และทำให้เข้าใจในเนื้อหาได้ง่ายขึ้น มีประสิทธิภาพในการใช้งานง่ายสะดวกรวดเร็ว และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ และมีการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่องเกิดการเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา[6] และการสาธิตวิธีการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่ถูกต้องร่วมกับการใช้สื่อหุ่นจำลองไฟฟ้าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับตำแหน่ง ลักษณะ และกลไกการทำงานของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามขั้นตอนการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้อย่างถูกต้อง[7] จะช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน และประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ส่งผลให้สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านบัววัด ตำบลธาตุ อำเภอ วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านบัววัด ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ด้วยโปรแกรม G*power กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ(power analysis) ที่ระดับ0.8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า เท่ากับ 0.05 กำหนดการทดสอบค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.5 และทดสอบสมมติฐานทางเดียว (one tailed test) ด้วยการทดสอบค่าสถิติที(Paired t-test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คนและเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 30 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีสุขภาพดีหรือมีโรคประจำตัวแต่ควบคุมโรคได้ และมีความพร้อมด้านสุขภาพ 3) เป็นผู้ที่สื่อสาร อ่านออก เขียนได้ มีและใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน โทรศัพท์มือถือและเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ 5) มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) การแปลผลคะแนนต้องพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดยแบ่ง ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ต้องมีค่าคะแนน 14 คะแนนขึ้นไป (2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษาต้องมีค่าคะแนน 17คะแนนขึ้นไป (3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาต้องมีค่าคะแนน มากกว่า 22 คะแนนขึ้นไป 6) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะซึมเศร้าโดยมีคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน 2) มีภาวะเจ็บป่วยที่มีโรคเรื้อรังซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย 3) ได้รับการรักษาหรืออยู่ในระหว่างการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือ ได้รับยาที่มีผลต่อระบบขับถ่ายปัสสาวะ 4) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตลอด 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในคัดกรอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในคัดกรอง

1. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale:TGDS) พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง[8] ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ การแปลผลดังนี้ 1) คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ 2) คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุซึมเศร้าเล็กน้อย 3) คะแนน19-24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุซึมเศร้าปานกลาง และ 4) คะแนน 25-30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุซึมเศร้ารุนแรง

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[9] เป็นแบบคัดกรอง การตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive impairment) 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่ บุคคล (orientation) ด้านความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) ด้าน

การ คำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และด้านการระลึกได้ (recall) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดยแบ่งได้ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จาก คะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและ 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนน เต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด ข้อที่ถูกต้องได้ 1 คะแนน และข้อผิดได้ 0 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1981) แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-4 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย คะแนน 5-8 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 9-12 หมายถึง มีความรู้ระดับมาก ตามลำดับ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยแบบประเมินเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ค่าคะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน ดังนี้ 0-10 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับน้อย 11-20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในระดับปานกลางและ 21-30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การสอน (Teaching) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยใช้วิธีการสาธิตและสื่อหุ่นจำลองไฟฟ้าประกอบการเรียนรู้ 2) การชี้แนะ (Guidance) เป็นการให้คำแนะนำผ่านปฏิสัมพันธ์รายบุคคลและกระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) การสนับสนุน (Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านและแอปพลิเคชันไลน์ และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยและแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่สร้างขึ้น โดยทีมผู้เชี่ยวชาญผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาเป็นอย่างดี มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยและเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ทั้งหมดโดยไม่ได้มีการดัดแปลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ส่วนโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.87แล้วนำเครื่องมือที่ได้ไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ โดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และค่าแบบแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลได้ดำเนินการหลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีโดยผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยถึงประธานชมรมผู้สูงอายุ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลการดำเนินการวิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินตามโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเป็นการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ1ครั้ง ในเวลา 1 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การสอน (teaching) ผู้วิจัยสอนและให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ โดยให้ความรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ในแอปพลิเคชัน ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ตลอดจนการส่งเสริมสุขอนามัยพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะ และการป้องกันภาวะท้องผูก นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สาธิตวิธีการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่ถูกต้องร่วมกับการใช้สื่อหุ่นจำลองไฟฟ้า เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับตำแหน่งและการทำงานของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การกำกับดูแลและให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 2 การชี้แนะ (guiding) วิจัยชี้แนะให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และแนวทางการดูแลตนเอง รวมทั้งทบทวนทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่ถูกต้องผ่านการสาธิตร่วมกับการใช้สื่อหุ่นจำลองไฟฟ้า เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และแนวทางการดูแลสุขภาพร่วมกัน ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของตนเองในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 การสนับสนุน (supportive another) ผู้วิจัยสนับสนุนและเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการปฏิบัติ ทบทวนความรู้และทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ติดตามและสื่อสารกับผู้สูงอายุผ่านแอปพลิเคชันไลน์ภายหลังกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน เพื่อให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ตอบข้อซักถาม และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Ability) และช่วยป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 4 การสร้างสิ่งแวดล้อม เอื้อต่อการเรียนรู้ (Providing an environment) ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผ่านกระบวนการพูดคุย ซักถาม และรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่ถูกต้อง รวมถึงส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติการทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-155

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ100 อายุเฉลี่ย 64.75 ปี (SD = 9.25) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.75 สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 74.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 60.45 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อย 67.66 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 68.66 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (n= 30)

คะแนนความรู้	$\bar{x}$	**S.D.**	**df**	**t**	**p-value**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.66	1.09	29	24.32	0.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	10.13	0.77			

* $p < 0.01$

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (n= 30)

คะแนนทักษะ	$\bar{x}$	**S.D.**	**df**	**t**	**p-value**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.96	1.92	29	32.37	0.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	23.26	1.28			

* $p < .001$

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง(One Group Pretest–Posttest Design) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.32$, $p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 32.37$, $p < .001$) อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.32$, $p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการ

พยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผ่านระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ 4 วิธีการ คือ 1) การสอน (Teaching) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยใช้วิธีการสาธิตและสื่อหุ่นจำลองไฟฟ้าประกอบการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติทักษะได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้อย่างเหมาะสม 2) การชี้แนะ (Guidance) เป็นการให้คำแนะนำผ่านปฏิสัมพันธ์รายบุคคลและกระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ รวมทั้งการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ตามความต้องการและสามารถทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงแนวทางการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากยิ่งขึ้น 3) การสนับสนุน (Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านและการติดตามผลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมทั้งเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองและ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ (Providing an Environment) เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนความรู้และทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง รัตน์วิสัย, บัววรุณ ศรีชัยกุล และ ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี [10]พบว่า โปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายของกระเพาะปัสสาวะและการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิงหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.16 คะแนน, 95%CI : 3.60 - 4.71, p-value < 0.001)และการศึกษาของ Aprilyawan. G.& Wulandari. M.[11] พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรู้และทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 32.37, p < .001) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 4 วิธีการ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการให้ความรู้และการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สื่อแอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสารทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนความรู้ ให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยใช้สื่อหุ่นจำลองไฟฟ้าประกอบการเรียนรู้ พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติจริงและสาธิตย้อนกลับ เพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ

และเสริมสร้างความมั่นใจในการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ได้รับข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่องและสามารถทบทวนความรู้ได้ทุกเวลาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และวิธีการป้องกันที่ถูกต้องตลอดจนมีทักษะในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา จันทบุตรและคณะ[12] พบว่าการส่งเสริมให้การให้ความรู้ การฝึกการขับถ่ายปัสสาวะและวิธีการบริหารอุ้งเชิงกรานในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายของกระเพาะปัสสาวะและการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้ความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.14$, $p < .05$) และการศึกษาของ Jumiani W. & Liana. Y.[13] พบว่าผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการใช้หุ่นจำลองสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ โดยสามารถดำเนินการในหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรชุมชนต่าง ๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และการเสริมสร้างทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สถาบันการศึกษาและอาจารย์พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองไฟฟ้าสาธิตการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติผ่านการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการสาธิตย้อนกลับ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการให้ความรู้และการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและสังคม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบครัว และญาติผู้ดูแล เพื่อร่วมกันส่งเสริมความรู้ ให้การสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

2. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและประเมินผลความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุในระยะยาวในช่วง 6 เดือน 1 ปีเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงและความคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบทดลอง หรือการวิจัยกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อประเมินและยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Parker-Autry, C., Neiberg, R. H., Leng, X. I., Colombo, L., Kuchel, G. A., & Kritchevsky, S. B.(2021). The geriatric incontinence syndrome Characterizing geriatric incontinence in older women. Journal of the American Geriatrics Society 2021; 69(11): 3225–3231.
2. Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., Trott, M., Yang, L., & Veronese, N.(2021). Urinary incontinence and quality of life: A systematic review and meta-analysis. Aging Clinical and Experimental Research 2021; 33(1): 25–35.
3. ผ่องพรรณ อรุณแสง.(2560). การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ การนำใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2560.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567.กรุงเทพฯ:สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567
5. Orem, D. E.(2001). Nursing Concepts of practice. (6th Ed). Saint Louis: Mosby; 2001
6. Widdison. R., Rashidi. A.& Whitehead. L.(2022). Effectiveness of mobile apps to improve urinary incontinence a systematic review of randomised controlled trials. BMC Nursing 2022; 21(1): 1-5.
7. Abu Raddaha, A. H., & Nasr, E. H.(2022). Kegel Exercise Training Program among Women with Urinary Incontinence. Healthcare 2022; 10(12): 1-12.
8. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง.(2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช 2537; 46(1): 1-9.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: บริษัทณจันตาครีเอชั่นจำกัด; 2564.
10. พวงทอง รัตน์วิสัย, บัววรุณ ศรีชัยกุลและ ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี.(2561). ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายของกระเพาะปัสสาวะและบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิง ตำบล นาตาล อำเภอ ท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7ขอนแก่น 2561; 24(1): 47-57.
11. Aprilyawan. G.& Wulandari. M.(2025). The Effect of Kegel Exercises on Urinary Incontinence in the Elderly at UPT Panti Sosial Tresna Werdha Glenmore. Open Access Health Scientific Journal 2025; 6(1): 6-11.
12. นิตยา จันทบุตรและคณะ.(2567). ผลของโปรแกรมการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะและบริหารอุ้งเชิงกราน ต่อความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต4 2567; 14(2): 70-80.
13. Jumiani W. & Liana. Y.(2024). Effects of Kegel Exercises on Urinary Incontinence in the Elderly. Journal of Midwifery and Nursing 2024; 6 (3): 671-680.

การพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

Quality Improvement in Caring for Patients with Multiple Trauma, Male Surgical Ward 1, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital.

(Received: June 8,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 20,2026)

นภัสร เรืองวิชา[1] กุลวดี อภิชาติบุตร[2] อรอนงค์ วิชัยคำ[3]
Naphatson Rungwicha[1] Kulwadee Abhicharttibutra[2] Orn-Anong Wichaikhum[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนได้แก่ การค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง การสร้างทีมงานที่มีความรู้ 9 ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ การทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องปรับปรุง การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ การเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ การวางแผนการปรับปรุง การดำเนินการปรับปรุง การตรวจสอบผล และการยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 15 คน แบ่งเป็นทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแนวคำถามการสนทนากลุ่ม คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ แบบบันทึกอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบซึ่งตรวจสอบได้ค่าความสอดคล้องของการสังเกตเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทีมปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอย่างถูกต้องครบถ้วนโดยรวมเท่ากับร้อยละ 95.83 โดยสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบระยะแรกรับและระยะการดูแลต่อเนื่องได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100.00 และสามารถปฏิบัติในระยะจำหน่ายถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 87.50 และไม่พบอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนและส่งเสริมการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลทั่วทั้งโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ABSTRACT

This study aimed to improve the quality of care for patients with multiple trauma by using the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process comprising of nine steps: identify the process requiring improvement; establishing a knowledgeable and competent team; analyzing the existing process; determining the causes of process variation; select appropriate improvement strategies; planning the improvement; implementing the plan; evaluating the outcomes; and ensuring implementation and continuous improvement. The study population consisted of 15 nurses working in Male Surgical Ward 1 at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital divided into a development team and an operational team. The research instruments included a focus group discussion guideline, a case manual of the care of patients with multiple trauma, an incident recording form for multiple trauma care, and a checklist for the multiple trauma

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: akulwadee@gmail.com

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

care practice which an inter-rater agreement of 0.90. Data were analyzed using frequency distribution, mean, percentage, and standard deviation.

The study results showed that, following the quality improvement for patients with multiple trauma at Male Surgical Ward 1, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, the operational team can correctly and completely perform caring for patients with multiple trauma at 95.83%. At the admission and continuing care phase, the operational team can correctly and completely perform at 100.00%. At the discharge phase, the operational team can correctly and completely perform at 87.50%. No unplanned intensive care unit admissions were found within the first 24–48 hours after admission. Nursing administrators should promote the use of the continuous quality improvement processes throughout the hospital.

Keywords :continuous quality improvement process ,caring, patients with multiple trauma

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปัจจุบันให้ความสำคัญกับคุณภาพการพยาบาล เนื่องจากคุณภาพบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และความเชื่อมั่นของประชาชน[1] โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาในประเด็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเช่น การบาดเจ็บหลายระบบ)multiple trauma) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของทุกประเทศทั่วโลก [2] ซึ่งมักเกิดมาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน จากข้อมูลขององค์การอนามัยโรคพบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บหลายระบบประมาณ 20-50 ล้านคนต่อปี[3] ในประเทศไทยในปี 2564-2566 พบว่ามีผู้บาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจำนวน 977,548 1,056,566 และ 822,798 รายตามลำดับ ซึ่งทำให้เกิดการเสียชีวิตจำนวน 16,957 17,379 และ 17,498 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.74, 1.65 และ 2.13 ตามลำดับ [4] การบาดเจ็บหลายระบบจึงถือเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรไทยเสียชีวิต[5]

การบาดเจ็บหลายระบบ หมายถึง การบาดเจ็บที่มีจำนวนตำแหน่งของการบาดเจ็บตั้งแต่ 2 ตำแหน่ง ขึ้นไปจาก 6 ตำแหน่งในเวลาเดียวกัน ได้แก่ 1) ศีรษะและลำคอ 2) ใบหน้า 3) ทรวงอก 4) กระดูกสันหลัง ส่วนเอวและช่องท้อง (รวมถึงอวัยวะในช่องท้องและช่องเชิงกราน) 5) กระดูกเชิงกรานและ กระดูกรยางค์บน-รยางค์ล่าง 6) ผิวหนัง ซึ่งมีความซับซ้อนรุนแรงที่ยากต่อการดูแลรักษาหรือเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา[2] การบาดเจ็บหลายระบบทำให้เกิดการเสียเลือดอย่างรุนแรง การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือจากสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง[6] ส่งผลทำให้เกิดการเสียชีวิตและความพิการ ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งค่ารักษาพยาบาล การเสียโอกาสและความสามารถในการปฏิบัติงาน มีความพิการที่เกิดขึ้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ[7] เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานกับสภาพปัญหามากมายที่เกิดขึ้น คือ ความปวด น้ำหนักตัวลดลง อ่อนล้า หายใจลำบาก นอนหลับยาก ข้อยึดติด การเคลื่อนไหวบกพร่อง บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ทั้งความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า[8] ภายหลังผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเกิดการสูญเสียสมรรถภาพ เกิดความพิการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด หรือต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแลแบบทดแทนทั้งหมดที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือพึ่งพาจากบุคคลอื่น[9] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดภาระต่อญาติผู้ดูแลหรือครอบครัว เช่น รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า มีความเครียดจนเกิดความ รู้สึกหมดหวัง[10] และทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในหน้าที่และบทบาททางสังคม ส่งผลให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และการมีคุณค่าในตัวเองลดลง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้การทำงานมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมนันทนาการลดลง นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่

ได้รับบาดเจ็บรุนแรง ต้องหยุดงานหรือออกจากงาน ทำให้การเข้าร่วมทางสังคมหรือบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลง[11]

แนวการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมี 2 ระยะใหญ่ๆ คือ ระยะที่ 1 การดูแลก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (pre-hospital phase) ระยะที่ 2 ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล (in-hospital phase) โดยการดูแลขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะแรกรับคือการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบระยะแรก ตาม ABCDE และการประเมินเพิ่มเติมใช้เครื่องมือเพื่อจัดการกับภาวะคุกคามชีวิต การประเมินระยะที่สอง ได้แก่การซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด 2) ระยะดูแลต่อเนื่อง คือการตรวจและทำหัตถการเพิ่มเติม หลังทำการประเมินระยะที่สองและการดูแลต่อเนื่อง และประเมินซ้ำ3) ระยะจำหน่าย คือช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวและดำเนินการให้สามารถออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปรับการดูแลต่อในชุมชน หรือที่บ้าน เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดยการประเมินก่อนจำหน่าย การวางแผนการจำหน่ายตามขบวนการ D - METHOD และการประสานงานต่อเนื่อง[12] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการประสานความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพทีมทั้งในโรงพยาบาล[13] อีกทั้งยังเป็นการเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่ภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อลดการสูญเสียชีวิต หรืออวัยวะ บรรเทาความรุนแรงการบาดเจ็บหรืออาการป่วย เช่นการจัดการทางเดินหายใจ การไหลเวียนและการให้ยาที่จำเป็น และช่วยทั้งด้านการตัดสินใจในการทำหัตถการเพื่อช่วยชีวิต[14] ทำให้เห็นว่ามีการเชื่อมโยงในทุกช่วงระยะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการลดระยะเวลารอพบแพทย์ และลดระยะเวลาในการให้การดูแลรักษา อัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บในการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นลดลง[15]

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ กำหนดตัวชี้วัดได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยซึ่งมีเป้าหมายน้อยกว่า 5 % อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ อัตราการเกิดแผลติดเชื้อซึ่งมีเป้าหมายน้อยกว่า 1.3 % อัตราภาวะปอดอักเสบติดเชื้อซึ่งมีเป้าหมายน้อยกว่า 3.5 % อัตราภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งมีเป้าหมายน้อยกว่า 1.5 % อัตราการเกิดแผลกดทับซึ่งมีเป้าหมายน้อยกว่า 3 % การย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้า (unplan intensive care unit) ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังจากเข้ารับการรักษา ซึ่งมีเป้าหมายน้อยกว่า 3 %[16] จากการดำเนินการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง ในปี พ .ศ. 2564-2566 พบอัตราการย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก หลังจากเข้ารับการรักษา สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด[17] จึงได้มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและจัดตั้งระบบและทีม Rapid Response Team)RRTขึ้นประมาณเดือน (256 ธันวาคม6 ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ และพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งทีมนี้จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติหรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันในสถานการณ์ที่ต้องการการดูแลทันที โดยมีการประสานงานอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะวิกฤติรุนแรงขึ้น หรือเกิดการเสียชีวิตจากภาวะที่อาจคาดไม่ถึง อย่างไรก็ตามหลังจากมีการพัฒนาระบบนี้เกิดขึ้นก็ยังคงพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีอาการทรุดลงสูงกว่าเป้าหมาย[18] แสดงให้เห็นว่ายังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง จำนวน คน 5 พบว่าในระยะแรกรับผู้ป่วย ไม่มีแบบประเมิน

สภาพและความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ครอบคลุม ร่วมกับขาดความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และจากการศึกษาข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่งเพิ่มเติมพบว่าไม่มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลและการเฝ้าระวังสังเกตอาการเกิดความผิดพลาด

จากปัญหาที่กล่าวมาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA[19] มาเป็นกรอบในการพัฒนา เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ รวมทั้งแนวทางแก้ไขและสร้างแนวทางในการการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์จากการพัฒนาครั้งนี้ คือพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้อย่างมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพการพยาบาล และหน่วยงานมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ชัดเจนและเหมาะสม อุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้า (unplan intensive care unit) ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA[19] ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการที่ต้องการพัฒนา 3) ทำความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนที่เกิดขึ้น 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) การนำไปปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และปรับปรุง 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ และ 9) ดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้นและทำการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 ระยะได้แก่ ระยะแรกรับ ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้บาดเจ็บระยะแรก (primary survey) 2) การประเมินเพิ่มเติมใช้เครื่องมือเพื่อจัดการกับภาวะคุกคามชีวิต 3) การประเมินระยะที่สอง ได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด ระยะที่ 2 ระยะดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) การตรวจและทำหัตถการเพิ่มเติมหลังทำการประเมินระยะที่สอง 2) การดูแลต่อเนื่องและประเมินซ้ำหลัง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และระยะที่ 3 ระยะจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การประเมินก่อนจำหน่าย 2) การวางแผนการจำหน่ายตาม D-METHOD 3) การประสานงานส่งต่อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ทีมดังนี้

1 ทีมพัฒนาคุณภาพ (ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมากกว่า 10 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ(ผู้ใหญ่) จำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนา และผู้ศึกษา 1

คน ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน รวมทีมพัฒนาทั้งหมด จำนวน 3 คน

2. ทีมปฏิบัติการ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 13 คน ทำหน้าที่การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามนำจำนวน 3 ข้อ และคำถามเจาะลึกจำนวน 18 ข้อ

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ทีมพัฒนาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ความหมายการบาดเจ็บหลายระบบ ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ ระยะของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาล flow chart การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติ ที่ทีมพัฒนาสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประสบการปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล ประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม วุฒิการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด ตำแหน่งในการปฏิบัติ และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2 แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยการสังเกต ที่ทีมพัฒนาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมสำหรับทีมพัฒนาใช้สังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่ทีมพัฒนาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้บันทึกอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วยรายเอียดเกี่ยวกับ วัน เดือน ปี หมายเลขอุบัติการณ์ เหตุการณ์อุบัติการณ์ และการจัดการเบื้องต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติ แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม และแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม และความเหมาะสมของคำถาม และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลศัลยกรรม จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 1 คน และผู้บริหารทางการพยาบาลที่ทำหน้าที่พัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1 คน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะ และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาปรับแก้ไขภาษาให้เหมาะก่อนจะนำไปใช้จริง ส่วนแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คนและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 คน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนที่จะมีการนำไปใช้ในหน่วยงาน

ผู้ศึกษาได้นำแบบตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบตรวจสอบการปฏิบัติ โดยการสังเกตร่วมกับทีมพัฒนาจำนวน 1 คน ทำการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ของทีมปฏิบัติจำนวน 10 ครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อคำนวณหาค่าความตรงกันของการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเท่ากับ 0.90 โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้ที่ 0.80 [20]

การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569 รวมระยะเวลา 6 เดือน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA[19] โดยมี 9 ขั้นตอนดังนี้

4.1 ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ศึกษาค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกที่ต้องการปรับปรุงจากรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก รายงานประจำปีของหน่วยงาน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2666 ถึงเดือนกันยายน 2567 พบการรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีอาการทรุดลงย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้า ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก และพบว่าไม่มีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ใช้เป็นแนวทางให้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วย

4.2 สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการที่ต้องการพัฒนา ผู้ศึกษาจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ โดยเข้าพบเพื่อเชิญชวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีประสบการณ์การทำงาน 10 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย จากนั้นร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพแต่ละคน โดยพยาบาลคนที่ 1 เป็นหัวหน้าทีมพัฒนา และ คนที่ 2 เป็นเลขานุการ ผู้ศึกษาเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือในการพัฒนา

4.3 ทำความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการที่จะปรับปรุง ทีมพัฒนาได้ประชุมกลุ่มระดมสมองร่วมกับทีมปฏิบัติ เพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นและได้จัดทำผังการไหล (flow chart) แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ใช้ในหอผู้ป่วย

4.4 การทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทีมพัฒนา ประชุมร่วมกันเพื่อนำเสนอปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแก่ทีมปฏิบัติการ และให้ทีมปฏิบัติระดมสมองหาสาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยใช้เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยได้แก่ แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ผลจากการระดมสมองและนำข้อมูลมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมถึงจัดทำผังก้างปลา (Fishbone diagram) วิเคราะห์สาเหตุในเชิงระบบ พบว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดจาก 4 ปัจจัยหลัก 1) คน เช่นพยาบาลจบใหม่ขาดความรู้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้า

ด้วยภาระงานมาก 2) เครื่องมือและสถานที่ เช่น. เครื่อง monitor ไม่เพียงพอ พื้นที่สำหรับการดูแลคับแคบ 3) กระบวนการ เช่น ขาดการนิเทศติดตามการบันทึกการประเมิน ขาดการประเมินซ้ำในระยะดูแลต่อเนื่อง 4) คู่มือแนวปฏิบัติ เช่น ขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ชัดเจน

4.5 การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สาเหตุของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไม่มีประสิทธิภาพตามผังก้างปลา และระดมสมองค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามสาเหตุ และจัดลำดับแนวทางตามความสำคัญและความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติ ลงคะแนนเสียงข้างมากเพื่อสรุปวิธีการดำเนินแก้ไข

4.6 การวางแผนการปรับปรุง ทีมพัฒนาประชุมร่วมกัน เพื่อพัฒนาแนวแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตามข้อสรุปจากการประชุมในข้อ 4.5 และจัดทำคู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ นอกจากนี้ทีมพัฒนาได้วางแผนเกี่ยวกับ 1) จัดอบรมให้ความรู้การดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ รวมถึงชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้น 2) ทดลองปฏิบัติตามแนวการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 3) การประเมินผล และ 4) การนำผลการประเมินมาปรับปรุง

4.7 การปฏิบัติตามแผน ทีมพัฒนาประชุมทีมการปฏิบัติเพื่อทบทวนความรู้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ รวมถึงชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ทุกคนมีความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน และร่วมมือในการปฏิบัติ และเปิดโอกาสซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติของทีมปฏิบัติ หลังจากนั้นให้ทีมปฏิบัติได้ทดลองปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่กำหนดไว้เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในระหว่างทดลองปฏิบัตินี้ ทีมพัฒนาได้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ แนะนำและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแก่ทีมปฏิบัติเพื่อสร้างความเข้าใจตามแนวทางการปฏิบัติ รวมถึงติดตามการปฏิบัติเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง จนทีมปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน หลังจากนั้นดำเนินการปฏิบัติจริงเป็นเวลา 2 เดือน

4.8 การตรวจสอบผลการปฏิบัติ ในระหว่างการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เป็นเวลา 2 เดือน ทีมพัฒนา 2 คน ดำเนินการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และ แบบตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล

4.9 การดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้นและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาประชุมร่วมกัน เพื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการพัฒนาภายหลังการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จากนั้นจึงกำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่งโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2 .การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และการรายงานอุบัติการณ์

ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และ ค่าร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2568-EXP054) และโรงพยาบาลพิษณุโลก (เลขที่ HREC No.158/2568) ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ศึกษาอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ ชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมศึกษา การรักษาความลับ การนำเสนอผลในภาพรวมและข้อมูลจากแบบสอบถามจะถูกทำลายทิ้งทั้งหมดหลังการตีพิมพ์ 1 ปี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทีมปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.62 มีอายุเฉลี่ย 29.69 ปี (SD= 7.40) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.23 ปี (SD=5.65) ประสบการณ์ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเฉลี่ย 6.62 ปี (SD=5.42) วุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 มี ตำแหน่งในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 53.84 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 46.16 ไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบร้อยละ 53.84 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบร้อยละ 46.16

2. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกทีมปฏิบัติ สามารถปฏิบัติการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยรวมได้ร้อยละ 95.83 โดยในระยะแรกรับสามารถปฏิบัติการประเมินผู้บาดเจ็บระยะแรก การประเมินเพิ่มเติมและใช้เครื่องมือเพื่อจัดการกับภาวะคุกคามชีวิต และการประเมินระยะที่สองถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100 ระยะดูแลต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติการตรวจและทำหัตถการเพิ่มเติม และการดูแลต่อเนื่องได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100 ระยะจำหน่าย สามารถปฏิบัติการประเมินก่อนจำหน่ายและการวางแผนการจำหน่ายตาม D – METHOD ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 87.50 เท่ากัน ส่วนการประสานงานส่งต่อปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100

3. อุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ภายหลังการพัฒนาการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอุบัติการณ์ของการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบทั้ง 3 ระยะการดูแลเท่ากับร้อยละ 0

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าทีมปฏิบัติมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทั้งโดยรวมและแต่ละระยะมากกว่าร้อยละ 80 อาจเนื่องจากทีมปฏิบัติประกอบด้วยพยาบาลระดับปฏิบัติการ และระดับชำนาญการ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล รวมถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอยู่ในช่วง 1–5 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานตอนต้น มีศักยภาพในการเรียนรู้ [21]

นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ มีการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอมาใช้ ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) ดำเนินการปรับปรุง 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติและ 9) ยืนยันการดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ในกระบวนการดังกล่าวทีมปฏิบัติได้มีโอกาสร่วมแสดงความ

คิดเห็น สะท้อนปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับหน่วยงาน ช่วยลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง และเกิดการทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้บทบาทหน้าที่มีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นระบบดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ McLaughlin and Kaluzny [19] ที่กล่าวว่าการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการปรับปรุงคุณภาพในองค์กรอย่างเป็นขั้นตอน เป็นระบบและต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร รวมทั้งมุ่งที่ตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพื่อเป็นการป้องกันก่อนเกิดปัญหาและขจัดความสูญเสียมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และที่อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล [22] ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการ และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีระบบทำให้มีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วนบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chowdhury, Mok & Leenen [23] ที่นำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างเป็นระบบตามแนวคิดโฟกัสพีดีซีเอมาใช้ และพบว่าเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วน ทั้งผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และหน่วยงานกำกับดูแลเชิงนโยบาย โดยในการศึกษาให้มีการจัดตั้งทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติมีส่วนร่วมในขั้นตอนการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ใช้ในปัจจุบัน การตอบข้อคำถามในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ การประชุมร่วมกันในขั้นตอนทำความเข้าใจถึงสาเหตุ ขั้นตอนเลือกวิธีการที่ต้องการปรับปรุงและขั้นตอนดำเนินการปรับปรุง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวทำให้ทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

นอกจากนี้การศึกษานี้ได้นำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่การระดมสมอง โดยใช้ในการรวบรวมความคิดเห็น ประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ และการสร้างฉันทามติร่วมกันในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาตามดังที่ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[22] ได้กล่าวไว้ว่า การนำการระดมสมองเปิดยังโอกาสให้สมาชิกทุกคนเสนอความคิดเห็นอย่างเสรีเพื่อให้ได้แนวคิดหรือแนวทางแก้ไขปัญหาให้มากที่สุด การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ลดความกดดัน และกระตุ้นกลุ่มให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์มากที่สุด มาใช้ในขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการพัฒนา สร้างความรู้สึกให้ทุกคนเป็นเจ้าของ เกิดความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาวิเคราะห์ สาเหตุ และประเด็นต่าง ๆที่เกิดจากการดูแล

การศึกษานี้ยังได้นำเครื่องมือได้แก่แผนภาพก้างปลา (fishbone diagram) มาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผลเจาะลึกถึงสาเหตุรากเหง้าของปัญหาได้ง่ายและเป็นระบบได้ 4 ปัจจัยได้แก่ 1) คน เช่นพยาบาลขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2) เครื่องมือ เช่นเครื่อง monitor ไม่เพียงพอ 3) คู่มือ/แนวปฏิบัติ เช่นขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ชัดเจน 4) กระบวนการ เช่น ขั้นตอนการประเมินซ้ำในระยะการดูแลต่อเนื่องไม่ครบถ้วน แผนภาพก้างปลาช่วยให้ทีมปฏิบัติมองเห็นปัญหาเป็นภาพรวม สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริง จัดลำดับความสำคัญของสาเหตุไปในทิศทางเดียวกัน และช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมหาแนวทางการแก้ไข ดังที่อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[22] กล่าวว่าแผนผังก้างปลาเป็นเครื่องมือที่ช่วยวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เป็นกระบวนการที่มีโครงสร้างช่วยในการระบุปัจจัยพื้นฐาน หรือสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผลอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปใช้กำหนดเป็น

แนวทางในการแก้ปัญหาที่สาเหตุ และเป็นเครื่องมือช่วยระดมความคิดเห็นจากสมาชิกหรือผู้เกี่ยวข้องหลายคนได้ และภายหลังการวิเคราะห์หาสาเหตุ ยังมีการนำเครื่องมือการตัดสินใจใช้เสียงข้างมาก (majority decision) มาใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการพัฒนา จากแนวคิดหลักการเสียงข้างมากเพื่อให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งช่วยให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างรวดเร็ว ชัดเจน เป็นที่ยอมรับว่าเป็นความเห็นของคนส่วนใหญ่ วิธีนี้ช่วยลดความขัดแย้ง ประหยัดเวลา ดังที่คะนอง ปาลิภัทรางกูร[24] กล่าวว่าหลักการที่ใช้เสียงส่วนมากเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี และเมื่อได้ข้อยุติแล้วเสียงข้างมากควรดำเนินไปบนพื้นฐานของเหตุผล ความเมตตา และการไม่เบียดเบียน สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพงานที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วม การยอมรับร่วมกัน และการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

อีกทั้งการพัฒนาได้นำเครื่องมือ ได้แก่ แผนภูมิการไหลของการทำงาน) flow chart การ (ดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมาใช้แสดงขั้นตอนการดูแล 3 ระยะ ได้แก่ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย เป็นการกำหนดลำดับขั้นตอน และบทบาทหน้าที่การดูแลให้พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลมีเข้าใจปัญหาขั้นตอนการดูแลได้อย่างชัดเจน ตั้งแต่ระยะแรกรับ ที่มีการประเมินอาการเบื้องต้น ระยะดูแลต่อเนื่องในการเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ไปจนถึงระยะจำหน่าย เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ผลที่ได้คือการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งแผนภูมิการไหลของการทำงานมีประโยชน์ในการช่วยลดความผิดพลาดจากการขาดความชัดเจนของขั้นตอน และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลในแต่ละระยะ นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่พยาบาลในช่วงเริ่มต้นวิชาชีพ ทำให้สามารถตัดสินใจและปฏิบัติงานได้ตามแนวทางเดียวกัน ดังที่อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[22] ได้กล่าวไว้ว่าแผนภูมิการไหลของการทำงานช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจกระบวนการทำงานอย่างแท้จริง มองเห็นขั้นตอนที่ซับซ้อน และโอกาสในการปรับปรุงคุณภาพงาน

นอกจากนี้ในขณะที่มีการทดลองใช้แนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้นในระยะเวลา สัปดาห์ ท 2มพัฒนาได้ทำหน้าที่นิเทศติดตาม ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเป็นระยะและต่อเนื่อง โดยเวรเช้าหลังรับเวร ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาจะเข้าสอบถาม และให้คำแนะนำ เพื่อร่วมกันสรุปผลการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบระหว่างการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางและมีการปรับปรุงแนวทางตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้ทุกคนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับนาที สันธี สุนทร[25] กล่าวว่าการนิเทศแบบมีส่วนร่วมช่วยให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง สามารถสะท้อนปัญหาอุปสรรค และร่วมกันปรับปรุงแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าทีมปฏิบัติยังมีการปฏิบัติการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบความไม่ครบถ้วนในระยะจำหน่าย ได้แก่ การประเมินก่อนจำหน่าย และการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D–METHOD ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน สอดคล้องกับ World Health Organization[3] กล่าวว่า เมื่อพยาบาลมีภาระงานสูง กิจกรรมด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย มักถูกลดความสำคัญลง ส่งผลต่อความต่อเนื่องและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย อีกทั้งลักษณะความซับซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย

ระบบ ซึ่งมักมีหลายปัญหาสุขภาพร่วมกันทำให้การวางแผนจำหน่ายต้องใช้เวลาและการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น ดังที่ American College of Surgeons Committee on Trauma[12] กล่าวว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลทางกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การใช้ยา การติดตามอาการ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและการประสานงานจากทีมสหสาขาวิชาชีพมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เมื่อมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและเวลา จึงส่งผลให้การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D–METHOD ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างสมบูรณ์ในผู้ป่วยทุกราย

ผลการศึกษายังพบว่าจำนวนการเกิดอุบัติการณ์ของการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบทั้ง 3 ระยะการดูแลไม่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E อาจเนื่องจากผู้ศึกษาได้มีการจัดทำคู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบช่วยให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่มีความชัดเจน เป็นระบบและครอบคลุมขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย ส่งผลให้พยาบาลทีมปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนยิ่งขึ้น สามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างเป็นระบบและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคู่มือการดูแลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์ระดับ E ในทั้ง 3 ระยะของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Institute of Medicin [26] และ World Health Organization[3] ที่ระบุว่า การมีแนวปฏิบัติและเครื่องมือสนับสนุนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน ช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไม่มาก[27] การใช้คู่มือในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนวลทิพย์ ธีระเดชากุล, นุชศรา พรมชัย และนงลักษณ์ พลแสน[28] ที่ได้ทำการศึกษา ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบและคู่มือการใช้แนวทางปฏิบัติทั้งระยะแรกรับและก่อนออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและคู่มือการใช้แนวทางปฏิบัติทั้งระยะแรกรับและก่อนออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินช่วยให้ตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยบางประการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติชี้ให้เห็นว่าการมีแนวทางหรือคู่มือการดูแลที่ชัดเจน ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปอย่างเป็นระบบ ลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

การพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ มาใช้ร่วมกับเครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ได้แก่ การระดมสมอง แผนภูมิการไหลของงาน ผังก้างปลา การตัดสินใจใช้เสียงข้างมาก และใบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ การจัดทำคู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งส่งผลให้ทีมปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่เกิดอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้า)unplan intensive care unit(ภายใน 24-48 ชั่วโมง เกิดคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. หัวหน้าพยาบาลควรสนับสนุนด้านทรัพยากร และจัดระบบการปฐมนิเทศ การอบรมและการทบทวนองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายในหน่วยงานให้แก่พยาบาลวิชาชีพทุกระดับ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีบทบาทในการผลักดันและสนับสนุนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ภายในหอผู้ป่วย พร้อมทั้งดำเนินการกำกับ ดูแล นิเทศ และติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้โฟกัสพีดีซีเอ เพื่อพัฒนาคุณภาพในเรื่องอื่นๆ ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหนึ่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

2. ศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล.(2562). สำนักงานปลัดกระทรวง :กรุงเทพฯ .มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล .กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. NSW Institute of Trauma and Injury Management (NSW ITIM).(2016). Major trauma in NSW, 2015: a report from the NSW trauma registry [Internet]. 2016 [cited 2025 Aug 2]. Available from: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/341098/Major_Trauma_in_NSW,_2015._A_Report_from_the_NSW_Trauma_Registry_Final.pdf
3. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition. World Health Organization; 2010.
4. ศูนย์ข้อมูลกลางการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). .[อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อวัน เดือน : .[ปีAvailable from: https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=49635&deptcode=
5. สำนักนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงคมนาคม.(2562). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางท้องถนนของกระทรวงคมนาคม พ .ศ.2561 [อินเทอร์เน็ตสำนักนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร :กรุงเทพฯ .[; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี .ค.2569]. Available from: https://www.otp.go.th
6 .Alimenti D, Buydos S, Cunliffe L, Hunt A.(2019). Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. J Am Assoc Nurse Pract. 2019;31(6):354-63.
7 .Kaske S, Lefering R, Trentzsch H, Bouillon B, et al.(2014). Quality of life two years after severe trauma: a single center evaluation. Elsevier Health Sci. 2014;45(3):100-5.
8 .Aitken L, Chaboyer W, Kendall E.(2012). Health status after traumatic injury. Trauma Acute Care Surg. 2012;72(6):1702-8.
9 .พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, สุดศิริ หิรัญชุณหะ.(2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. สงขลานครินทร์เวชสาร.2549;24(3):153-61.
10 .Vedhara K, Shanks N, Anderson S, Lightman S.(2000). The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: a study of chronic caregiver stress. Psychosom Med. 2000;62(3):374-85.
11 .สุภา ตันติวิสุทธิ์, อำภาพร นามวงศ์พรหม, ศศิธร ศิริกุล.(2554). ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการพยาบาลการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บที่สมองชนิดรุนแรง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2554;29(3):5-13.

12 .American College of Surgeons, Committee on Trauma.(2017). Advanced trauma life support. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2017.

13 .ขวัญจิต พฤกษะวัน .(2566). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด และกระดูกหักหลายตำแหน่ง :กรณีศึกษา .วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร . 2566;4(2):90-7.

14 .พนิดา ไกรนรา, สุดารัตน์ ขำอนันต์.(2566). ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่ ภาวะคุกคามชีวิตของผู้บาดเจ็บรุนแรง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. Singburi Hospital Journal. 2566;32(1):866-79.

15. Heydari F, Mohamadirizi S, Nasr-Esfahani M.(2019). The effects of multidisciplinary education for nurses and physicians on the management of patients with multiple trauma. Nurs Midwifery Stud. 2019;8(4):189.

16. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.(2567). รายงานประจำปี หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; 2567.

17. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.(2566). ข้อมูลตัวชี้วัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; 2566.

18. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.(2567). ข้อมูลตัวชี้วัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; 2567.

19. McLaughlin PC, Kaluzny AD.(2004). Continuous quality improvement in health care: theory, implementation and applications. Aspen Publishers; 2004.

20. Polit DF, Hungler BP.(1999). Nursing research: Principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.

21. Kim M, Lee H, Kim J.(2023). Work experience, professional competence, and adaptation among early-career nurses. Int J Nurs Stud. 2023;140:104447. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104447

22. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.(2543). คุณภาพของระบบสุขภาพ. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.

23. Chowdhury AH, Mok D, Leenen LPH.(2021). Trauma care systems and management. London: Springer; 2021.

24. คะนอง ปาลิภัทรางกูร.(2558). หลักการเสียงข้างมากที่เคารพสิทธิของเสียงข้างน้อยในพุทธศาสนาเถรวาท. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.

25. นาที สันธี สุนทร.(2565). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม: กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(2):292–304.

26. Institute of Medicine.(2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academy Press; 2001.

27. Benner P.(1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984.

28. นวลทิพย์ ธีระเดชากุล, นุชศรา พรมชัย, นงลักษณ์ พลแสน.(2561). ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management guideline แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561;33(2):165-77.

การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน

Development of Preparatory Program to Enhance Charge Nurse Competencies in Inpatient Departments, Thoen Hospital.

(Received: June 8,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 20,2026)

ณัฐพร อุตะมะ[1] สมใจ ศิระกมล[2] ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์[3]
Nataporn Utama[1] Somjai Sirakamon[2] Thitinut Akkadechanunt[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ศึกษาในกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1ประ (ชากรที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุการทำงานเกิน ปีขึ้นไปและเคยมีประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรจำนวน 103 คน และ 2 ประชากรที่ทดลองใช้โปรแกรม (ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1ด้าน ประกอบไปด้วย 8 ชุดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรทั้ง (แผนการสอน และคู่มือโปรแกรมการเตรียมความพร้อม 2แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความ (ต้องการในการฝึกอบรม3แบบประเมินสมรรถนะในการปฏิบัต ิงานของพยาบาลหัวหน้าเวร 4แนวคำถามสำหรับการสนทนา (กลุ่มเพื่อประเมินโปรแกรมหลังการใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติpaired t-test และการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า 1. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ประกอบด้วย 1) หลักสูตรฝึกอบรม 2) คู่มือโปรแกรมฯ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรทั้ง ด้าน 8 3) วิธีการฝึกอบรม ได้แก่ การบรรยาย การวิเคราะห์กรณีศึกษา การแสดงบทบาทสมมุติ และการฝึกปฏิบัติงานจริง และ 4) การติดตามผลโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร พัฒนาโดยสุชญาดา รัดทะนี)2565) ซึ่งเป็นการประเมินตนเอง และ 5) การประเมินกระบวนการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยการสนทนากลุ่ม 2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมโปรแกรมมีคะแนนสมรรถนะ การปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งโดยรวม ($t = 9.78$, $p < .01$) และรายด้าน)t=6.25-12.37, $p < .01$) 3. ผลการประเมินโปรแกรมโดยการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมมีความพึงพอใจในโปรแกรมเป็นอย่างมาก และเห็นว่าเนื้อหาครอบคลุมสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรทั้ง 8 ด้าน และเป็นประโยชน์ทำให้เข้าใจและปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้ดีขึ้น กิจกรรมในโปรแกรมฯ ทำให้ตื่นตัวและส่งเสริมการคิดวิเคราะห์รวมถึงการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่วนวิธีการถ่ายทอดของวิทยากรและระยะเวลาการอบรมมีความเหมาะสม พบอุปสรรคด้านเวลาเนื่องจากภาระงานประจำจึงมีข้อเสนอแนะให้จัดอบรมในห้องเรียนเป็นช่วงสั้นๆ แต่ต่อเนื่อง และควรกำหนดให้เป็นหลักสูตรประจำที่มีการจัดอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : โปรแกรมการเตรียมความพร้อม, สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร, พยาบาลหัวหน้าเวร, การพัฒนาบุคลากร

ABSTRACT

The competency of charge nurses significantly influences the quality and outcomes of nursing care, which are essential for maintaining safe and high-quality nursing standards. Therefore, enhancing the competency of charge nurses is important. This study aimed to develop a preparatory program to enhance

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: somjai.sira@cmu.ac.th

[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

charge nurse competencies in the inpatient departments at Thoen Hospital. The program was developed by applying the personnel development and training framework proposed by Werther and Davis (1993). The study population consisted of professional nurses working in the inpatient departments at Thoen Hospital, divided into two groups: 1) The program development group comprising three professional nurses with over 10 years of work experience, including prior roles as charge nurses; and 2) the program implementation group consisting of 12 professional nurses with less than 10 years of work experience. The research instruments included: 1) a competency enhancement activity program package for charge nurses covering eight competency domains, which comprised lesson plans and a program preparation manual; 2) a focus group interview guide for analyzing problems and training needs; 3) a competency assessment scale for charge nurses; and 4) a focus group interview guide for post-implementation program evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and data categorization.

The results revealed that 1. The preparatory program for enhancing the competency of charge nurses in inpatient units at Thoen Hospital consisted of: 1) a training curriculum; 2) a program manual covering eight competency domains of charge nurse practice; 3) training methods including lectures, case studies, role-playing, and practical training; 4) a follow-up evaluation using a charge nurse competency self-assessment tool developed by Suchayada Rattanee (2022); and 5) a process evaluation of the program development through focus group discussions. 2. After participating in the program, the participants demonstrated significantly higher competency scores compared to before participation, both overall ($t = 9.78$, $p < .01$) and across all individual domains ($t=6.25$-12.37, $p < .01$). 3.Through the focus group discussions, participants reported very high satisfaction with the program. They perceived that the content comprehensively covered all eight competency domains of charge nurses and was beneficial in enhancing their understanding and performance of the charge nurse role. The program activities fostered active engagement, and promoted critical thinking and collaborative problem-solving, leading to increased confidence in practice. The instructional methods and training duration were considered appropriate. However, time constraints due to routine workload were identified as a barrier. Participants suggested that the training should be delivered in short but continuous classroom sessions and established as a regular program conducted consistently.

Keywords :reparatory program, charge nurse competency, charge nurse, personnel development

บทนำ

การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพระบบบริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน เนื่องจากบุคลากรสุขภาพเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงกำหนดประเด็นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. 2030 และกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของโลก เพื่อสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะและพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในอนาคต[1] สอดคล้องกับประเทศไทยที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพให้มีคุณภาพและสามารถขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2]

องค์กรพยาบาลเป็นหน่วยงานสำคัญที่มีบุคลากรจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล และมีบทบาทหลักในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยโครงสร้างการบริหารองค์กรพยาบาลประกอบด้วยผู้บริหารหลายระดับ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่ง

พยาบาลหัวหน้าเวร (charge nurse) ถือเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้รับผิดชอบการบริหารจัดการการพยาบาลในแต่ละเวร ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ[3] พยาบาลหัวหน้าเวรจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผน มอบหมายงาน ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ควบคุมคุณภาพการพยาบาล รวมถึงกำกับดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรภายในเวร[4]

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าเวรมีความซับซ้อนและต้องอาศัยสมรรถนะหลายด้าน ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการ ภาวะผู้นำ การติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจ และการจัดการความขัดแย้ง[5] ซึ่งสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลหัวหน้าเวรแสดงออกโดยเป็นการนำความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่และคุณลักษณะอื่นๆ รวมถึงทัศนคติมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลและประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ขององค์กร[6] ทั้งนี้ สุชญาดา รัดทะนี[6] ได้วิเคราะห์องค์ประกอบของสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรและพบว่าประกอบด้วยสมรรถนะสำคัญ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาล 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศยุค Thailand 4.0 4) ด้านผู้นำ การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านจริยธรรมและคุณธรรม 6) ด้านวิชาการและการวิจัย 7) ด้านการติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพ และ 8) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการบริหารจัดการหอผู้ป่วย การกำกับดูแลทีมพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลหัวหน้าเวรจำนวนหนึ่งยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะด้านภาวะผู้นำ การบริหารจัดการ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และการจัดการความขัดแย้ง[7] นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งขาดระบบการเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวรอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้พยาบาลหัวหน้าเวรต้องเรียนรู้งานด้วยตนเองหรือจากประสบการณ์การทำงานจริง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด ความไม่มั่นใจในการตัดสินใจ และเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้[8] การศึกษาของ Connelly และคณะ[9] พบว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีปัญหาในการจัดการความขัดแย้ง การสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสุขภาพ ขณะที่ Eggenberger[10] รายงานว่า การขาดการอบรม การสอนงาน และระบบพี่เลี้ยงที่เหมาะสม ส่งผลให้พยาบาลหัวหน้าเวรขาดความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลหัวหน้าเวรให้มีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน โดยโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลาย เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนงาน การให้คำปรึกษา การใช้กรณีศึกษา การฝึกปฏิบัติงานจริง และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง[11] ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยพบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ ภาวะผู้นำ และความสามารถในการบริหารจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12]

โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียง ที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน โดยหอผู้ป่วยในมีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 16 คน และมีพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรเพียงบางส่วนเท่านั้น ขณะที่การให้บริการพยาบาลต้องดำเนินต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง[17] และต้องอาศัยความมีสมรรถนะในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์พยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วย

ใน โรงพยาบาลเถิน จำนวน 7 คน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่รู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร และมีความเครียดและกดดันเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ปัญหาภายในเวร รวมทั้งยังขาดความมั่นใจในการตัดสินใจและการบริหารจัดการทีม ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาและการช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดความล่าช้า นำไปสู่ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการและความไม่พึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาล อีกทั้งปัจจุบันหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ยังไม่มีระบบหรือแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรอย่างชัดเจน ทำให้พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรต้องเรียนรู้จากประสบการณ์หรือการสังเกตการทำงานของรุ่นพี่เป็นหลัก นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังพบว่าแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรอยู่จำนวนหนึ่ง แต่โดยส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ [16] และยังไม่พบการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและทรัพยากร และมีบริบทที่แตกต่างออกไปซึ่งบริบทดังกล่าวอาจส่งผลต่อรูปแบบการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลหัวหน้าเวร

จากปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมา ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและการฝึกอบรมบุคลากรของ Werther และ Davis[19] ร่วมกับกรอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรของสุชญาดา รัตทะนี[6] เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน โดยสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่พยาบาลหัวหน้าเวรแสดงออกโดยเป็นผลมาจากการนำความรู้ ความสามารถ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่และคุณลักษณะอื่นๆ รวมทั้งทัศนคติมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ประกอบด้วยสมรรถนะทั้งหมด 8 ด้าน[6] ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาล 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล 3) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศยุค Thailand 4.0 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 5) สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย 6) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 7) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ และ 8) สมรรถนะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ พัฒนาโปรแกรมโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและการฝึกอบรมบุคลากร[18] ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการในการฝึกอบรม 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาและการฝึกอบรม 3) การกำหนดเนื้อหาหลักสูตร 4) การกำหนดวิธีการฝึกอบรมและหลักการเรียนรู้ 5) การดำเนินการฝึกอบรม 6) การประเมินผลการ

ฝึกอบรมและพัฒนา เป็นการประเมินผลของโปรแกรมการอบรมในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อม โดยผลของโปรแกรมประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการฝึกอบรม ที่จะช่วยให้สมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเถินที่เพิ่มขึ้น และความคิดเห็นต่อโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่

ประชากรในการพัฒนาโปรแกรม

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง มีอายุการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน ไม่รวมผู้ศึกษา

ประชากรในการทดลองใช้โปรแกรม

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง ที่มีอายุงานน้อยกว่า 10 ปี มีจำนวนทั้งหมด 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ชุด ดังนี้ 2

ชุดที่1 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มในพยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน เพื่อวิเคราะห์ความต้องการการฝึกอบรมของหน่วยงาน มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 ชุดกิจกรรมในโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ซึ่งประกอบไปด้วยแผนการสอนและคู่มือโปรแกรมฯ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรทั้ง ด้าน 8

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเถิน ประกอบด้วย ส่วน ได้แก่ 2

ส่วนที่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 1

ส่วนที่ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล 2) หัวหน้าเวร โดย สุชญาดา รัดทะนี 2565 (ประกอบด้วยสมรรถนะ8 ด้าน จำนวน 56 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความสามารถในการปฏิบัติตามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร ตามเกณฑ์การแปลผลของ สุชญาดา รัดทะนี)2565 (ที่ได้กำหนดไว้ ระดับ 5

ชุดที่2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมอบรมโปรแกรมต่อโปรแกรมฯ หลังการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด ถามเกี่ยวกับความเหมาะสมของเนื้อหาหลักสูตร วิธีการ และระยะเวลาฝึกอบรม ประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ผู้ศึกษาไม่ได้ทำการหาความตรงของแบบประเมินนี้ เนื่องจากเครื่องมือผ่านการหาความตรงมาแล้ว ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ 0.80 ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้ศึกษาทำการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยผู้ศึกษานำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเถินไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเกาะคา ที่มีประสบการณ์ของ

หัวหน้าเวร จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเกี่ยวกับความครอบคลุม (comprehensiveness) ความเหมาะสม (appropriateness) ความชัดเจน (clarity) และการจัดลำดับ (sequence the questions) ของข้อคำถาม

การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพัฒนาเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1) ผู้ศึกษาติดต่อประสานกับพยาบาลวิชาชีพทีมพัฒนาโปรแกรมฯ จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพซึ่งเคยปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน จำนวน 6 คน โดยชี้แจงเกี่ยวกับการทำวิจัย และในกลุ่มพยาบาลที่เข้าร่วมทดลองใช้โปรแกรมเพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่มค้นหาความต้องการในการพัฒนาในขั้นตอนแรก

2) เตรียมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมฝึกอบรมในโปรแกรม ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเถินน้อยกว่า 10 ปี และยังไม่เคยได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลหัวหน้าเวร จำนวน 6 คน และพยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ซึ่งคะแนนการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของหัวหน้าเวรไม่ถึงร้อยละ 70 จำนวน 6 คน โดยขอความร่วมมือเพื่อที่จะมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติงานตามสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นเวลาอย่างน้อย 20 เวร ในระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการและประเมินผล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิจัย โดยวิธีการตามแนวคิดกระบวนการพัฒนาและการฝึกอบรมของ Werther & Davis (1993) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินความต้องการหรือการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าเวร รวมถึงความต้องการในการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ชุดที่ 2 ในการทำการสนทนากลุ่มและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรและโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวัตถุประสงค์ ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเนื้อหาหลักสูตร ผู้ศึกษาได้กำหนดเนื้อหาของหลักสูตร คู่มือสถานการณ์ และกรณีศึกษาร่วมกันกับทีมพัฒนา หลังจากนั้นผู้ศึกษานำไปจัดทำเล่มหลักสูตรและคู่มือโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดวิธีการฝึกอบรมและหลักการเรียนรู้ โดยผู้ศึกษาและทีมพัฒนาร่วมกันกำหนดวิธีการฝึกอบรมในการประชุมครั้งที่ 2 พร้อมกำหนดเนื้อหาแผนการสอน สถานการณ์ กรณีศึกษา โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ 1) ระยะฝึกอบรมโดยวิธีบรรยายและแบ่งกลุ่มฝึกวิเคราะห์สถานการณ์กรณีศึกษาที่กำหนด พร้อมกับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ร่วมกับการอภิปรายเป็นเวลา 2 วัน และ 2) ระยะฝึกปฏิบัติกิจกรรมในหอผู้ป่วยของตนเองร่วมกับการใช้คู่มือโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 20 เวรหรือ 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการฝึกอบรม แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนการฝึกอบรม

ผู้ศึกษาจัดให้พยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมฝึกอบรมโปรแกรมทั้งสองกลุ่ม ทำการประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวรด้วยตัวเองก่อนการทดลองใช้โปรแกรม โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โดย สุชญาดา รัดทะนี (2565)

2. ระยะดำเนินการฝึกอบรม

2.1 การฝึกอบรมในห้องเรียน โดยผู้ศึกษาได้จัดการฝึกอบรมให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมฝึกอบรมตามกำหนดการแผนการสอนที่ได้จัดทำไว้ โดยใช้ระยะเวลา 2 วัน

2.2 การฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยของตนเอง ร่วมกับการใช้คู่มือโปรแกรมฯ โดยผู้ศึกษาได้มีการเยี่ยมนิเทศติดตามพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมฝึกอบรมเป็นรายบุคคลในหอผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวร ให้กำลังใจและให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผลการฝึกอบรมและพัฒนา เป็นการติดตามผล ทักษะ ความรู้ความสามารถของผู้เข้าอบรม หลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมในโปรแกรม ผู้ศึกษาให้พยาบาลผู้เข้ารับการฝึกอบรมทั้ง 12 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันที่ได้ทำการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของหัวหน้าเวรก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทำการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวรด้วยตัวเอง โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรชุดเดิม แล้วนำผลการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมไปวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานโดยรวมและแต่ละด้านและทำการสรุปผลภายหลังจากที่ผู้ศึกษาได้มีการติดตามผล ผู้ศึกษาประเมินผลโปรแกรมโดยได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมฝึกอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

1.2 ข้อมูลสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมภายในกลุ่มเดียวกัน ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยการนำข้อมูลที่ได้ไปทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test ซึ่งพบว่ามีค่าคะแนน Shapiro–Wilk เท่ากับ 0.935 และค่า p เท่ากับ 0.432 ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 แสดงให้เห็นว่าคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานมีการแจกแจงแบบปกติ หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ข้อมูลการสนทนากลุ่มก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2568-EXP036) ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ศึกษาอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร พยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมฝึกอบรมในโปรแกรมฯ จำนวน 12 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 27-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนมากมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเถินเป็นระยะเวลา 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.66 และครึ่งหนึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในบทบาทหัวหน้าเวร คิดเป็นร้อยละ 50

2. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ประกอบไปด้วยส่วนประกอบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 หลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย ชื่อหลักสูตรและผู้รับผิดชอบหลักสูตร ความเป็นมาของหลักสูตร วัตถุประสงค์ของหลักสูตร ผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร ตารางการฝึกอบรมในแต่ละวัน วิธีการจัดการเรียนการสอน และโครงสร้างของหลักสูตร

2.2 วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

2.3 เนื้อหาการฝึกอบรม

2.4 วิธีการฝึกอบรม

2.5 การติดตามผลและการประเมินภายหลังการฝึกปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วย ดังนี้

2.5.1 เครื่องมือในการประเมินสมรรถนะผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน

2.5.2 ผู้ประเมิน เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวรด้วยตัวเอง

2.5.3 ช่วงเวลาที่ประเมิน ผู้ศึกษาได้มีการเยี่ยมนิเทศติดตามพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมฝึกอบรมเป็นรายบุคคลในหอผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรรวมถึงให้ข้อเสนอแนะ เป็นระยะเวลา 1 เดือนหรือ 20 เวร

2.6 การประเมินผลการฝึกอบรม โดยการสนทนากลุ่มหลังการใช้โปรแกรมฯ

3. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ผู้ศึกษานำเสนอผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน เป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรโดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมโปรแกรมมีคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งโดยรวม ($t=9.78$, $p < .01$) และรายด้าน($t=6.25$-12.37, $p < .01$) โดยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{}$ =2.85, SD = 0.44) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{}$ = 4.29, SD = 0.36) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ด้านจริยธรรมและคุณธรรม ด้านวิชาการและการวิจัย ด้านการติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพ และด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ มีคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม โดยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64-3.12 (SD = 0.30-0.69) ในขณะที่ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{}$ = 4.19-4.48, SD = 0.25-0.44) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงที่สุด คือ ด้านจริยธรรมและคุณธรรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{}$ = 4.48, SD = 0.44) รองลงมาคือ ด้านคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{}$ = 4.34, SD = 0.25) และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศยุค Thailand 4.0 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{}$ = 4.33, SD = 0.41) ตามลำดับ

3.2 การประเมินผลและความคิดเห็นต่อโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน

1. ด้านความครอบคลุมลักษณะการปฏิบัติงานที่สำคัญในบทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวร เนื้อหาของโปรแกรมมีความครอบคลุมสมรรถนะทั้ง 8 ด้านที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สำคัญในบทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวร รวมทั้งครอบคลุมบทบาทหลักของพยาบาลหัวหน้าเวร

2. ด้านประโยชน์ของโปรแกรมฯ การอบรมในโปรแกรมทำให้เข้าใจและปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวรได้ดีขึ้น ทั้งในด้านภาวะผู้นำ การจัดการคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง การบริหารจัดการในสถานการณ์ต่างๆ กฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ รวมถึงการติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพ

2.1 ด้านภาวะผู้นำ เนื้อหาของโปรแกรมทำให้เข้าใจ มั่นใจและปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรในฐานะผู้นำได้ดีขึ้น สามารถสร้างความร่วมมือในทีมและกำกับดูแลทีม รวมถึงช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะด้านภาวะผู้นำ

นอกจากนี้ โปรแกรมยังส่งเสริมการพัฒนาทักษะภาวะผู้นำในด้านการตัดสินใจและการจัดการความขัดแย้ง มีประโยชน์ในการช่วยเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรในด้านการจัดการความขัดแย้งและการตัดสินใจ ทำให้เข้าใจบทบาทหัวหน้าเวรในด้านการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ และส่งเสริมให้การตัดสินใจทำได้ดีขึ้น โดยให้แนวทางและหลักการในการจัดการความขัดแย้งและการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ สามารถประเมินสถานการณ์ได้ทำให้เกิดความมั่นใจและกล้าตัดสินใจ

ส่วนทักษะภาวะผู้นำด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่าโปรแกรมช่วยเสริมสร้างสมรรถนะในด้านนี้ โดยเฉพาะการสื่อสารและการประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาโดยทำให้การประสานงานมีความชัดเจนมากขึ้นและช่วยลดความขัดแย้งระหว่างกัน

2.2 ด้านการบริหารจัดการ โปรแกรมมีประโยชน์ช่วยเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรในด้านการบริหารจัดการทั้งในสถานการณ์ปกติ โดยช่วยฝึกให้มีการวางแผนการทำงานรวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของงานในการดูแลผู้ป่วยในเวร และการช่วยทำให้มีการทำงานอย่างเป็นระบบ และสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ทำให้ตัดสินใจได้รวดเร็ว มีการจัดลำดับความสำคัญและการเรียกใช้ทรัพยากรในเวรได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการนิเทศทางการพยาบาลและการสอนงาน โดยช่วยให้คำปรึกษาน้องในเวรได้ดีขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3 ด้านการจัดการคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง ทำให้เข้าใจถึงความสำคัญ ระบบ และความเชื่อมโยงของการจัดการคุณภาพและการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลมากขึ้น และทำให้ตระหนักถึงบทบาทหัวหน้าเวรในการบริหารความเสี่ยงเชิงป้องกันมากขึ้น

2.4 ด้านกฎหมาย จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และคุณธรรม ใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักทางด้านกฎหมายและจริยธรรมที่ได้รับจากการอบรมในโปรแกรม ในการให้คำปรึกษากับทีมและญาติเพื่อช่วยในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะในประเด็นอ่อนไหวทางจริยธรรม

3. ด้านกิจกรรมของการฝึกอบรมและการฝึกปฏิบัติในโปรแกรมฯ กิจกรรมการจำลองสถานการณ์และกิจกรรมฝึกปฏิบัติทำให้เกิดความตื่นตัว ได้ฝึกปฏิบัติจริงและทำให้มีความมั่นใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่วนกิจกรรมการวิเคราะห์กรณีศึกษาจากสถานการณ์และการแสดงบทบาทสมมุติช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาร่วมกัน การวิเคราะห์กรณีศึกษาจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยร่วมกันและการแสดงบทบาทสมมุติ (role play) ช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเห็นมุมมองรวมถึง

วิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ได้

4. วิธีการถ่ายทอดความรู้และทักษะของวิทยากร วิทยากรถ่ายทอดเนื้อหาได้ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วม ชวนคิดวิเคราะห์ มีการยกตัวอย่างจากประสบการณ์จริง และวิทยากรมีความเข้าใจบริบทของหอผู้ป่วยทำให้การถ่ายทอดเนื้อหาสอดคล้องและเชื่อมโยงกับการทำงาน

5. ระยะเวลาการฝึกอบรมของโปรแกรม มีความเหมาะสม แต่ควรเพิ่มระยะเวลาการสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนและอภิปรายหลังจบกิจกรรมแต่ละช่วง รวมถึงกิจกรรมการจำลองสถานการณ์

6. ปัญหาและอุปสรรคในระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เวลาที่ไม่เอื้อให้สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ครบถ้วน เนื่องจากภาระงานประจำ หรือภาระงานจากการขึ้นปฏิบัติงานติดต่อกันจำนวนหลายเวรส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและง่วงนอนทำให้ประสิทธิภาพการเรียนรู้ลดลง

7. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ควรจัดอบรมในห้องเรียนเป็นแบบช่วงสั้นๆ เพื่อให้พยาบาลน้องใหม่ทุกคน โดยเฉพาะคนที่ขึ้นเวรบ่ายดึก ได้มีโอกาสเข้าร่วมการอบรม และควรจัดให้เป็นหลักสูตรประจำหอผู้ป่วยสำหรับพยาบาลที่เตรียมทำหน้าที่หัวหน้าเวร

8. ความพึงพอใจในโปรแกรม มีความพึงพอใจในรูปแบบการฝึกอบรมที่เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนและฝึกวิเคราะห์

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการฝึกอบรม และการประเมินผลให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลหัวหน้าเวร ทั้งนี้การกำหนดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมมุ่งเน้นให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานครอบคลุมทั้งด้านภาวะผู้นำ การบริหารจัดการ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและนโยบายด้านบุคลากรทางการพยาบาลทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ[1] รวมทั้งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าเวรที่ต้องทำหน้าที่บริหารจัดการคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย[3]

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ มีประสิทธิภาพในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรทั้งในภาพรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 8 ด้าน สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

ผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการออกแบบโปรแกรมที่มีเนื้อหาที่ครอบคลุมสมรรถนะสำคัญของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิเคราะห์กรณีศึกษา การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกสถานการณ์จำลอง การสะท้อนคิด และการฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์จริง เกิดการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้จากประสบการณ์ การสะท้อนคิด และการใช้ปัญหาเป็นฐาน[9]

นอกจากนี้ ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอบรมต่อโปรแกรม พบว่า ผู้เข้าร่วมมี

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม เห็นว่าเนื้อหาครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าเวร มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานจริง ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเป็นผู้นำ การบริหารจัดการ การสื่อสาร การบริหารความเสี่ยง รวมถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรม อีกทั้งกิจกรรมการฝึกอบรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ยังช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เข้าร่วมอบรมยังเสนอให้มีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องในลักษณะหลักสูตรประจำของหอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมแก่พยาบาลก่อนปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรอย่างเป็นระบบและยั่งยืน[1]

ผลการประเมินโปรแกรมพบว่าโปรแกรมมีความครอบคลุมสมรรถนะทั้ง 8 ด้าน และสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวร สามารถเสริมสร้างสมรรถนะสำคัญ กิจกรรมการฝึกอบรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจริง ช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมฝึกอบรมได้อย่างชัดเจน วิธีการถ่ายทอดของวิทยากรและระยะเวลาการอบรมมีความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ แม้ยังมีข้อจำกัดในด้านเวลาและภาระงานของผู้เข้าร่วมฝึกอบรม อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมมาก และเสนอให้มีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะอย่างยั่งยืนในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลหน่วยงานอื่นๆ สามารถนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่เตรียมปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อให้บุคลากรมีทั้งทักษะและคุณลักษณะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงมีความพร้อมในการปฏิบัติงานและสามารถปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร สามารถนำหลักสูตร คู่มือ และเนื้อหาในโปรแกรมการเตรียมความพร้อมไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติหน้าที่จริง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างเหมาะสม

3. หน่วยงานควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมหรือการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้เป็นหลักสูตรประจำหอผู้ป่วยที่จัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อเตรียมความพร้อมพยาบาลให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลหัวหน้าเวรในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. World Health Organization.

2. โอภาส การย์กวินพงศ์. (2567). *นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านบุคลากรเป็นเลิศ*. กระทรวงสาธารณสุข.

3. กองการพยาบาล. (2561). *บทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรและการบริหารการพยาบาล*. กระทรวงสาธารณสุข.
4. Hughes, R. G., & Kring, D. (2005). *Charge nurse leadership development and evaluation*. *Journal of Nursing Administration, 35*(2), 67–76.
5. Sullivan, E. J. (2012). *Effective leadership and management in nursing* (7th ed.). Pearson Education.
6. สุชญาดา รัดทะนี. (2565). การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40*(2), 85–96.
7. Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (9th ed.). Wolters Kluwer.
8. Eggenberger, T. (2012). Exploring the charge nurse role: Holding the frontline. *Nursing Management, 43*(9), 46–50.
9. Connelly, L. M., Yoder, L. H., & Miner-Williams, D. (2003). A qualitative study of charge nurse competencies. *Medsurg Nursing, 12*(5), 298–305.
10. จิราพร วัฒนศรีสินธุ์, สมใจ พุ่มทอง, และกัลยา สุขสวัสดิ์. (2565). การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 40*(3), 45–59.
11. พวงยุพา ยิ้มเจริญ, ศิริพร แสงทอง, และนันทนา สุขเกษม. (2562). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวรหน่วยศัลยกรรมเด็ก. *วารสารการพยาบาลเด็ก, 28*(2), 77–91.
12. ชมพูนุท ทิพย์ฝั้น. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรด้านการบริหารการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร, 40*(4), 112–126.
13. ศรีบังอร อรัญเวทย์ และคณะ. (2565). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *Songklanagarind Journal of Nursing, 42*(1), 56–70.
14. วราภรณ์ เจริญบุญ. (2559). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25*(3), 421–434.
15. อุไรรัตน์ ภู่สูงเนิน, และจิตรภินันท์ ศรีจักโคตร. (2567). การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย. *วารสารการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต, 5*(1), 14–28.
16. อุไรรัตน์ ภู่สูงเนิน และ จิตรภินันท์ ศรีจักโคตร. (2567). การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย. *วารสารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวังขอนแก่น*, *6*(3), 1-14.
17. โรงพยาบาลเถิน. (2567). *รายงานข้อมูลบุคลากรหอผู้ป่วยใน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเถิน*. โรงพยาบาลเถิน.
18. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเถิน. (2567). *รายงานอุบัติการณ์และการวิเคราะห์สาเหตุฐานราก หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเถิน*. โรงพยาบาลเถิน.
19. Werther, W. B., & Davis, K. (1993). *Human resources and personnel management* (5th ed.). McGraw-Hill.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

Effects of a Breastfeeding Promotion Program on Breastfeeding Perceptions, Attitudes, and Behavioral Intentions toward Breastfeeding among Primiparous Mothers

(Received: June 8,2026 ; Revised: June 14,2026 ; Accepted: June 17,2026)

มลิจันทร์ เกียรติสังวร[1] รัชนี หาญสมสกุล[1]
Malijan Kiatsangworn[1] Rudchanee Harnsomsakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบตามสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired sample t-test และสถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การรับรู้, ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม, ทัศนคติ, มารดาหลังคลอดครรภ์แรก

Abstract

This quasi-experimental two-group pretest-posttest study aimed to compare breastfeeding perceptions, attitudes, and behavioral intentions toward breastfeeding among primiparous postpartum mothers before and after participating in a breastfeeding promotion program, and to compare these outcomes between an experimental group receiving the program and a control group receiving routine nursing care. The sample consisted of 60 primiparous postpartum mothers receiving services at a hospital. Participants were recruited using convenience sampling and equally assigned into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). Research instruments included a breastfeeding promotion program, a breastfeeding perception questionnaire, a breastfeeding attitude questionnaire, and a behavioral intention toward breastfeeding questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent sample t-test.

The findings revealed that after participating in the program, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in breastfeeding perceptions, attitudes, and behavioral intentions toward breastfeeding compared with before the intervention at the .05 significance level. Furthermore, the

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี Corresponding author: Rudchanee Harnsomsakul; Email: rudchanee@ptu.ac.th

experimental group showed significantly higher mean scores in breastfeeding perceptions, attitudes, and behavioral intentions toward breastfeeding than the control group at the .05 significance level.
keywords: Breastfeeding, Perceptions, Behavioral Intentions, Attitudes, Primiparous Mother

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding) เป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของทารกและมารดา เนื่องจากนมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน เป็นแหล่งสารอาหารสำคัญที่มีสารชีวภาพหลายชนิด เช่น สารเสริมภูมิคุ้มกัน สารต้านจุลชีพ พรีไบโอติก และสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ทั้งด้านร่างกาย สมอง อารมณ์ และสติปัญญา อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมการพัฒนาระบบภูมิคุ้มกันและสมดุลจุลชีพในลำไส้ของทารก ส่งผลดีต่อสุขภาพตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคอ้วน โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก สำหรับมารดาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดภาวะตกเลือดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ช่วยลดน้ำหนักหลังคลอด และลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังส่งผลดีต่อสังคม โดยช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอันสัมพันธ์กับการไม่ได้รับนมแม่อย่างเหมาะสม[1,2,3,4]

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) แนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยอย่างต่อเนื่องจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในปัจจุบันยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2015–2020 ทารกทั่วโลกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกมีเพียงประมาณร้อยละ 44 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายระดับโลกที่กำหนดไว้[1] แต่ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี ขณะที่ประเทศไทยยังมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 โดยรายงานที่ผ่านมา พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก มีเพียง 1 ใน 3 คนเท่านั้น (ร้อยละ 29) ของประเทศไทยอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายระดับประเทศและระดับโลก[5]

จากสถานการณ์ดังกล่าว แม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีประโยชน์อย่างมาก แต่สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกซึ่งมักเผชิญกับปัญหาขาดประสบการณ์ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง[6] มารดาหลังคลอดครรภ์แรกอาจเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคในการให้นมบุตร เช่น ความเจ็บปวดจากการให้นม ปัญหาหัวนมแตก ท่อน้ำนมอุดตัน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปริมาณน้ำนม และการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้มารดาหลายรายหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนระยะเวลาที่แนะนำ[7,8,9] นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจเชิงพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของนมแม่ มีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่ขาดปัจจัยดังกล่าว[6,9-10]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาตามแนวคิด

ของเดนนิส[11] มีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยแนวคิดดังกล่าวเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (breastfeeding self-efficacy) ผ่านการให้ความรู้ การสร้างประสบการณ์ตรง การใช้ตัวแบบ การให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการให้นมบุตร สามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดได้

อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษา แต่ยังคงเป็นการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาเป็นรายกรณีเมื่อเกิดปัญหาเป็นส่วนใหญ่ ขาดรูปแบบการส่งเสริมที่เป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งเสริมด้านการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดครรภ์แรกซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังขาดประสบการณ์และมีความเปราะบางต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งยังพบว่าการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding self-efficacy) ของเดนนิสในมารดาหลังคลอดครรภ์แรก โดยมุ่งศึกษาผลต่อการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก เพื่อส่งเสริมให้มารดามีความรู้ความเข้าใจ เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (the two-group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่เข้ามารับบริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดการวิเคราะห์สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอิสระต่อกัน (independent groups) แบบ one-tailed test กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.72 อ้างอิงจากการศึกษาของนุจรินทร์ เพ่งพิศ และคณะ[12] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ

(alpha) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of analysis) เท่ากับ .80 ผลการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20[13] ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เป็นมารดาไทยหลังคลอดครรภ์แรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทารกมีสุขภาพแข็งแรง สามารถอยู่ร่วมกับมารดาได้ภายใน 2–4 ชั่วโมงหลังคลอด และไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ มารดาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย 1) แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวคิดของเดนนิส[11] 2) แผนการสอนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก 3) คู่มือการสอนเป็นแผ่นพับและวีดีทัศน์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องนมแม่ การสาธิตการอุ้มบุตร และการนำบุตรเข้าเต้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ 2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษาของปรียนุช ชัยกองเกียรติ และคณะ[14] มีจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยที่สุด จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด และเกณฑ์การแปลผล คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับดีมาก (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อยมาก 3) แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความเหล่านั้น จนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยทั้งหมดกับข้อความเหล่านั้น และเกณฑ์การแปลผล คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีทัศนคติในระดับดีมาก (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีทัศนคติในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีทัศนคติในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อยมาก และ 4) แบบสอบถามความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความในระดับน้อยที่สุด จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความในระดับมากที่สุด และเกณฑ์การแปลผล คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับดีมาก (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับ

ปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งประกอบด้วยการบรรยาย แผ่นพับ วิดีทัศน์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคู่มือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดครรภ์แรกจำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม รวมทั้งตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผลการประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-level Content Validity Index: I-CVI) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดครรภ์แรกจำนวน 10 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเท่ากับ 0.84, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก จึงนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการดำเนินการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการวิจัย

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษา รวมทั้งประสานงานและขอความร่วมมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ และดำเนินการติดต่อประสานงานกับมารดาหลังคลอดเพื่อเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เมื่อมารดาหลังคลอดแสดงความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มดำเนินการศึกษา

ขั้นดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 ขั้นประเมินความพร้อมของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายและสภาวะอารมณ์ของมารดาหลังคลอด พร้อมทั้งให้ชมวิดีทัศน์ตัวแบบมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจ เปิดโอกาส

มารดาสามารถซักถามเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เพื่อแสดงถึงความพร้อมในการเข้าสู่กิจกรรมขั้นถัดไป โดยขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1.2 ขั้นส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นขั้นตอนการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อวิดีทัศน์ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสอนทักษะการอุ้มลูกให้นม การจัดท่าและการนำทารกเข้าเต้าอย่างถูกวิธี ตลอดจนแนะนำเทคนิคการดูดนมที่เหมาะสมตามหลัก “3 ดูด” รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการบีบและการเก็บรักษาน้ำนมแม่อย่างถูกต้อง กิจกรรมในขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

1.3 ขั้นทบทวนความรู้และการชี้แนะ ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการชี้แนะเฉพาะรายบุคคล และแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดาสามารถนำกลับไปอ่านทวนซ้ำได้เมื่อกลับบ้าน พร้อมให้คำแนะนำในการจัดการปัญหาที่พบบ่อยในมารดาที่ให้นมบุตร เช่น การประคบเต้านม การจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเก็บน้ำนม ปัญหาหัวนมแตก และท่อน้ำนมอุดตัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสอบถามข้อมูลย้อนกลับเพื่อประเมินความเข้าใจของมารดา รวมถึงการให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1.4 ขั้นประเมินผล ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยให้มารดาสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการอุ้มลูกเข้าเต้าและการบีบเก็บน้ำนม พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของหัวนมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากนั้นให้ตอบแบบประเมินภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที โดยขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสอนทักษะการอุ้มลูกในท่าต่าง ๆ และการให้คำแนะนำเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาในการให้นมบุตร ทั้งนี้ กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินด้วยแบบสอบถามเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2568 เลขที่รับรองโครงการวิจัย PTU-IRB-CERT-2025-062

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรก จำนวน 60 คน มีอายุเฉลี่ย 29.00 ปี (*SD* = 6.18) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส จำนวน 37 (ร้อยละ 61.67) รองลงมาคือ สถานภาพคู่และจดทะเบียนสมรส จำนวน 22 คน (ร้อยละ 36.67) ด้านระดับ

การศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 55.00) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 20 คน (ร้อยละ 35.00) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวช./ปวส.) จำนวน 4 คน (ร้อยละ 6.67) และระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.33) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายได้ของครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน จำนวน 38 คน (ร้อยละ 63.33) รองลงมาคือ รายได้ระหว่าง 10,001–20,000 บาท จำนวน 12 คน (ร้อยละ 20.00) และรายได้ระหว่าง 20,001–30,000 บาท จำนวน 6 คน (ร้อยละ 10.00) ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว จำนวน 47 คน (ร้อยละ 78.33) ขณะที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 21.67) สำหรับข้อมูลทางสูติศาสตร์ พบว่าทารกส่วนใหญ่คลอดครบกำหนด จำนวน 55 คน (ร้อยละ 91.67) และคลอดก่อนกำหนด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 8.33) ด้านวิธีการคลอด ส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอดตามธรรมชาติ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 56.67) รองลงมาคือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 35.00) และการคลอดทางช่องคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 8.33) นอกจากนี้ พบว่าทารกเพศชายมีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 และทารกเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการทดสอบสถิติการทดสอบที (independent sample t-test) พบว่าการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(58)$ = 0.11, p = .91, $t(58)$ = -1.93, p < .06 และ $t(58)$ = 0.47, p < .064 ตามลำดับ)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง พบว่า พบว่า มารดามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลังการทดลอง (M = 4.30, SD = 0.42) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 3.83, SD = 0.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(29)$ = 6.35, p <.001) สำหรับคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M = 3.73, SD = 0.42) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 3.46, SD = 0.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(29)$ = 6.19, p < .001) และสำหรับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายหลังได้รับโปรแกรม (M = 4.50, SD = 0.45) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 4.07, SD = 0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(29)$ = 6.31, p < .001) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired sample t-test (N=30)

โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		*df*	*t*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
การรับรู้	3.83	0.51	4.30	0.42	29	6.35*	<.001
ทัศนคติ	3.46	0.51	3.73	0.42	29	6.19*	<.001
ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม	4.07	0.46	4.50	0.45	29	6.31*	<.001

*p<.05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับพยาบาลตาม

แบบปกติ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (M = 4.30, SD = 0.42) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 4.05, SD = 0.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.04, p = .023) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (M = 3.73, SD = 0.42) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 3.48, SD = 0.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.92, p = .030) และมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (M = 4.50, SD = 0.45) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 4.19, SD = 0.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (t = 2.14, p = .018) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent sample t-test (N=60)

โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		*df*	*t*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
การรับรู้	4.05	0.52	4.30	0.42	58	2.04*	.023
ทัศนคติ	3.48	0.58	3.73	0.42	58	1.92*	.030
ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม	4.19	0.64	4.50	0.45	58	2.14*	.018

*p<.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ซึ่งอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การใช้สื่อวิดีทัศน์ การใช้ตัวแบบ และการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มารดาเกิดความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น จึงสามารถเสริมสร้างการรับรู้และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของเดนนิส[11] ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเริ่มต้น และการคงอยู่ของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการได้รับข้อมูล ความรู้ การฝึกทักษะ การใช้ตัวแบบ และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้มารดาสามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคในการให้นมบุตรได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมยังช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ซึ่งมักขาดประสบการณ์และความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการอุ้มลูกเข้าเต้า การจัดท่าให้นม และการบีบเก็บน้ำนม ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติและความตั้งใจเชิงพฤติกรรมสูงขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ วิบูลย์วัฒน

กิจ และคณะ[6] ปวีณา สุรินทร์ประทีปและคณะ[9] ศศิกานต์ กาละ และคณะ[10] และสินาภรณ์ กล่อมยงค์ และคณะ[15] ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเสริมสร้างความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองมารดากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถช่วยพัฒนาการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกได้ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำทั่วไป หรือการให้คำปรึกษากับมารดาหลังคลอดเมื่อเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมักเป็นการให้ข้อมูลในระยะเวลาสั้น ๆ ภายหลังคลอด และเน้นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การคัดตึงเต้านม หัวนมแตก หรือการจัดท่าให้นมที่ไม่ถูกต้อง ทำให้การส่งเสริมด้านการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง แต่สำหรับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการร่วมกับแนวคิดของเดนนิส[11] เป็นกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (breastfeeding self-efficacy) ผ่านการให้ความรู้ การสร้างประสบการณ์ตรง การใช้ตัวแบบ มีการฝึกปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเสริมแรงทางบวกอย่างเป็นระบบ ทำให้มารดาเกิดความเข้าใจและมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากยิ่งขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuektong et al.[16] Fallah-Karimi et al.[17] และ Rodríguez-Gallego[18] ที่พบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีการรับรู้เกี่ยวกับนมแม่ ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ ส่งเสริมทัศนคติที่ดี และเสริมสร้างความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จึงควรพัฒนาและบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวเข้าสู่การดูแลมารดาหลังคลอดทั้งก่อนจำหน่ายและหลังกลับบ้านอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกที่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลทารก อันจะช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะติดตามผลระยะยาว เช่น การติดตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ 3 เดือน และ 6 เดือนหลังคลอด เพื่อประเมินความต่อเนื่องและประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับรูปแบบการดูแลอื่น ๆ เช่น โปรแกรมเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โปรแกรมสนับสนุนผ่านสื่อดิจิทัล หรือ

โปรแกรมติดตามหลังคลอดทางออนไลน์ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและค้นหาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยปทุมธานี ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 May 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding
2. UNICEF. Infant and young child feeding [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2025 [cited 2026 May 10]. Available from: https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/
3. Masi AC, Stewart CJ. Role of breastfeeding in disease prevention. Microb Biotechnol. 2024;17(7).
4. Munsittikul N, Tanthaopas S, Yangthara B. The role of nurses in promoting successful breastfeeding in the digital era. Siriraj Medical Bulletin. 2024;17(3):251-258.
5. UNICEF Thailand. UNICEF finds 1 in 3 mothers in Thailand exclusively breastfeed their babies, far below global targets [Internet]. Bangkok: UNICEF Thailand; 2023 [cited 2026 May 10]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/press-releases/unicef-finds-1-3-mothers-thailand-exclusively-breastfeed-their-babies-far-below
6. Viboonwatthanakitt R, Kantha J, Sricham N, Saktrakul R. The relationships between knowledge, self-efficacy, and attitude towards breastfeeding and breastfeeding behaviors in first-time postpartum mothers. Journal of Nursing and Public Health Research. 2023;3(3):95-109.
7. Singh J, Scime NV, Chaput KH. Association of caesarean delivery and breastfeeding difficulties during the delivery hospitalization: a community-based cohort of women and full-term infants in Alberta, Canada. Can J Public Health. 2023;114(1):104-12.
8. Queensland Health. Breastfeeding problems [Internet]. Queensland: Queensland Government; 2023 [cited 2026 May 11]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/clinical-staff/maternity/nutrition/breastfeeding/problems
9. Surinprateep P, Panyaso K, Poonperm R. The effect of exclusive breastfeeding support program on attitudes perception of competence and breastfeeding intentions of pregnant woman who work outside the home. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2025;13(3):45-65.
10. Kala S, Ruangsri R, Uttasuradee M, Heemsa C, Kitilapo S, Embut S, Noomak P. Effects of breastfeeding promoting workshop on knowledge, attitude, and intention of 6 months exclusive breastfeeding among pregnant women. Journal of Health Research and Innovation. 2024;7(2):e268069.
11. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. J Hum Lact. 1999;15(3):195-201.
12. Pengpit N, Mungkhamanee S, Pataipakaipet K. Effects of breastfeeding promotion program on knowledge, attitude, and skills related to breastfeeding of postpartum mothers in Breastfeeding Clinic, Phahon Phon Phayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022;5(1):58-69.
13. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley & Sons; 1990.

14. Chaikongkiat P, Bunlap P, Harnnarong A. Factors related to breastfeeding self-efficacy of mothers after cesarean section. Nurs Public Health Educ J. 2020; 21(1):16-28.
15. Klomyong S, Karabutr T, Sripum J. The relationships between attitudes, perceived benefits, perceived barriers, and breastfeeding behaviors among postpartum adolescent mothers at Jainad Narendra Hospital. Thai Red Cross Nursing Journal. 2025; 18(1):80-95.
16. Chuektong C, Nirattharadorn M, Buaboon N. The Breastfeeding Self-Efficacy Enhancement Program with LINE Application among Mothers with Cesarean Section: A Quasi-Experimental Study. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2023; 27(4):711-721.
17. Fallah-Karimi S, Robabi H, Khalilzadeh-Farsangi Z. Impact of web-based breastfeeding education on breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding rates among primiparous mothers in Iran: a quasi-experimental study. BMC Pregnancy Childbirth. 2025; 25:797.
18. Rodríguez-Gallego I, Corrales-Gutierrez I, Gomez-Baya D, Leon-Larios F. Effectiveness of a Postpartum Breastfeeding Support Group Intervention in Promoting Exclusive Breastfeeding and Perceived Self-Efficacy: A Multicentre Randomized Clinical Trial. Nutrients. 2024; 16(7):988.

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามภาวะขาดวิตามินดีฉบับแปลภาษาไทย โดยเปรียบเทียบกับระดับ 25-ไฮดรอกซีวิตามินดีในเลือดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

VALIDATION OF A THAI-TRANSLATED VITAMIN D DEFICIENCY QUESTIONNAIRE IN COMPARISON WITH SERUM 25-HYDROXYVITAMIN D LEVELS IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES.

(Received: June 9,2026 ; Revised: June 14,2026 ; Accepted: June 17,2026)

วิภาวี แจ่มวัฒนาไทย[1] กษิดิศ หล้าวงษา[2] ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์[3]
WIPAWEE JAEMWATTANATHAI[1] THUNNAWAT WATTANASETH[2] KASIDID LAWONGSA[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสอบถามภาวะขาดวิตามินดีฉบับภาษาไทย โดยใช้กระบวนการแปลแบบ forward–backward translation และประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นทดสอบเครื่องมือในกลุ่มนำร่องได้แก่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ก่อนทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและทำการทดสอบซ้ำ (Test-retest) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยม (S-CVI/Ave = 0.918) และความเที่ยงของการวัดซ้ำสูงมาก (ICC = 0.983, Cronbach's alpha = 0.991) รวมถึงมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัดต่ำมากเมื่อเทียบกับช่วงคะแนนรวมของแบบสอบถาม (SEM = 0.55)

คำสำคัญ: วิตามินดี, แบบสอบถามคัดกรอง, ความแม่นยำเชิงวินิจฉัย, 25(OH)D, โรคเรื้อรัง

Abstract

This study was survey research aimed to conducted to develop a Thai version of a vitamin D deficiency questionnaire using a forward–backward translation process, and content validity was assessed by experts. Test was performed in a pilot group before applying the questionnaire to the study population, where 30 participants were enrolled, and performing test-retest reliability analysis. The study was conducted among patients with chronic diseases at the outpatient department of Phramongkutklao Hospital.

The results demonstrated excellent content validity (S-CVI/Ave = 0.918) and reliability of the questionnaire (ICC = 0.983, Cronbach's alpha = 0.991), while the standard error of measurement was very low relative to the questionnaire's total score range (SEM = 0.55).

Keywords: Vitamin D, screening questionnaire, diagnostic accuracy, 25(OH)D, chronic diseases

บทนำ

วิตามินดีมีหน้าที่หลักในการรักษาสมดุลของแคลเซียมและฟอสฟอรัส รวมถึงมีบทบาทต่อระบบภูมิคุ้มกัน กล้ามเนื้อ และควบคุมการอักเสบในร่างกาย มีการศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการขาดวิตามินดีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง เช่น โรคกระดูกพรุน ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และมะเร็งบางชนิด[1]

จากการสำรวจพบว่า ภาวะขาดวิตามินดีมีความชุกสูงทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกโดยมีข้อมูล

[1] แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*
นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
[3] อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

การวิเคราะห์จากประชากรกว่า 7.9 ล้านคน จาก 308 การศึกษา ระหว่างปี 2000–2022 พบว่า ร้อยละ 47.9 ของประชากรโลกมีระดับวิตามินดีในเลือด ต่ำกว่า 20 ng/ml และร้อยละ 15.7 ต่ำกว่า 12 ng/ml[2]

มาตรฐานทองคำ (Gold standard) ในการประเมินสถานะวิตามินดี คือการตรวจระดับ 25(OH)D ในเลือด แต่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการทางห้องปฏิบัติการ จึงมีการพัฒนาแบบสอบถามการคัดกรองภาวะขาดวิตามินดีขึ้นมาในหลายประเทศ โดยใช้ข้อมูลพื้นฐาน เช่น ดัชนีมวลกาย ระดับการออกกำลังกาย การได้รับแสงแดด และการใช้วิตามินเสริม ซึ่งช่วยจำแนกกลุ่มเสี่ยงได้โดยไม่ต้องพึ่งการเจาะเลือดได้ อย่างไรก็ตามเครื่องมือคัดกรองที่มีการศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นภาษาต่างประเทศ และยังจำกัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้จึงมีจัดทำขึ้นเพื่อแปลแบบสอบถามการขาดวิตามินดี จากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ที่ได้ทำการศึกษาโดย Mullikapipat และคณะ[3] และตรวจสอบทั้งความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของการวัด เพื่อยืนยันว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยเพิ่มความสามารถในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในระดับบุคคลโดยใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพและการวางแผนเชิงสาธารณสุข เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจากการตรวจเลือด และเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนไทยในอนาคต

โดยวิตามินดีตามธรรมชาติมี 2 ชนิดหลัก ได้แก่ วิตามินดี 2 (ergocalciferol) และ วิตามินดี 3 (cholecalciferol) ซึ่งทั้งสองอยู่ในรูปที่ไม่ออกฤทธิ์ (inactive form) โดยร่างกายจะเปลี่ยนวิตามินดี 2 หรือวิตามินดี 3 เป็น 25(OH)D หรือ calcidiol โดยเอนไซม์ในตับ จากนั้นจึงเปลี่ยนเป็น 1,25-dihydroxyvitamin D ($1,25(OH)_2D$) หรือ calcitriol ซึ่งเป็นรูปที่ออกฤทธิ์ได้ (active form) โดยเอนไซม์ในไต

วิตามินดีเป็นสารอาหารที่จำเป็น และยังทำหน้าที่เสมือนฮอร์โมนสเตอรอยด์ที่มีบทบาทต่อกระบวนการทางสรีรวิทยาหลายระบบในร่างกาย ภาวะขาดวิตามินดีสัมพันธ์โดยตรงกับโรคกระดูกอ่อน (rickets) ในเด็ก และโรคกระดูกนิ่ม (osteomalacia) ในผู้ใหญ่ นอกจากนี้วิตามินดีในระดับที่เหมาะสมช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ และลดความเสี่ยงการหกล้มและกระดูกหัก[4,5] รวมถึงมีงานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าวิตามินดีมีบทบาทเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคอ้วน และโรคหัวใจและหลอดเลือด[6,7] และยังมีบทบาทเชิงภูมิคุ้มกัน (immunomodulatory effect) โดยเฉพาะในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยมีหลักฐานว่าวิตามินดีช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กและวัยรุ่น[8]

ภาวะขาดวิตามินดี และภาวะพร่องวิตามินดี เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะขาดวิตามินดี (Vitamin D deficiency) หมายถึง การมีระดับวิตามินดีในเลือดชนิด 25(OH)D < 20 ng/mL ส่วนภาวะพร่องวิตามินดี (Vitamin D insufficiency) หมายถึง การมีระดับ 25(OH)D อยู่ระหว่าง 20–29 ng/mL ผลการทบทวนอภิมานที่ครอบคลุมมากที่สุดได้รวบรวมการศึกษาเชิงระบาดวิทยาจำนวน 308 การศึกษา รวมผู้เข้าร่วมกว่า 7.9 ล้านคน ระหว่างปี ค.ศ. 2000–2022 พบว่า ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีรุนแรง (25(OH)D <12 ng/mL) อยู่ที่ร้อยละ 15.7 ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีทั่วไป (25(OH)D <20 ng/mL) อยู่ที่ร้อยละ 47.9 และความชุกของภาวะวิตามินดีไม่เพียงพอ (25(OH)D <30 ng/mL) สูงถึงร้อยละ 76.6 [2]

ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อนชื้นและมีแสงแดดตลอดทั้งปี จึงคาดหมายว่าประชากรจะมีระดับวิตามินดีเพียงพอ อย่างไรก็ตามผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2551 พบว่าระดับเฉลี่ยของระดับวิตามินดีในประชากรไทยอยู่ที่ 31.8 ± 8.5 ng/mL ซึ่งจัดอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยแตกต่างกันไปตามภาคที่อยู่อาศัย และพบว่ามีประชากรราวร้อยละ 45.2 อยู่ในภาวะพร่องวิตามินดี (25(OH)D < 30 ng/mL) และ

ร้อยละ 5.7 อยู่ในภาวะขาดวิตามินดี (25(OH)D < 20 ng/mL) [9]

การตรวจวัดระดับ 25(OH)D ในเลือดถือเป็นวิธีที่แม่นยำที่สุดในการประเมินสถานะวิตามินดี เนื่องจากเป็นเมตาบอไลท์ (metabolite) หลักที่สะท้อนสถานะวิตามินดีในร่างกายได้แม่นยำและคงที่มากกว่าการตรวจ 1,25-dihydroxyvitamin D (1,25$(OH)_2$D [4] อย่างไรก็ตาม วิธีนี้มีราคาแพง และมีข้อจำกัดด้านความพร้อมใช้งานในหลายพื้นที่ จึงยังไม่แนะนำ ให้มีการตรวจ 25(OH)D เป็นประจำ (routine testing) ในประชากรทั่วไปที่มีสุขภาพดี จากปัจจัยด้านต้นทุนและความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ

แบบสอบถามที่กรอกด้วยตนเอง (self-reported questionnaires) หรือแบบจำลองทำนายจึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็น ทางเลือกที่ง่ายและรวดเร็ว โดยเป็นเครื่องมือที่ไม่แพงและสามารถใช้ในการคัดกรองได้ โดยตัวทำนายหลักที่ใช้ในแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับการออกแบบมาเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อระดับ 25(OH)D ในร่างกาย ได้แก่ อายุ เพศ ฤดูกาลที่เจาะเลือด ดัชนีมวลกาย (BMI) ปริมาณวิตามินดีที่ได้รับจากอาหาร การเสริมวิตามินดีและการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอื่นๆ เช่น วิตามินรวมหรือแคลเซียม รวมปัจจัยด้านวิถีชีวิตและการสัมผัสแสงแดด เช่น การสัมผัสแสงแดด เวลาที่ใช้กลางแจ้ง เวลาที่ใช้ในการเดิน กิจกรรมทางกาย ปฏิกิริยาของผิวหนังหลังถูกแดด และการใช้ครีมกันแดด[10]

ปัจจุบันได้มีการพยายามพัฒนาแบบสอบถามทำนายการขาดวิตามินดีหลายฉบับในภูมิภาคต่างๆ โดยมีองค์ประกอบที่ต่างกันตามแต่ละพื้นที่ เช่น แบบจำลองการทำนายในยุโรปที่ได้พัฒนาและตรวจสอบความแม่นยำของแบบจำลองการทำนายระดับ 25(OH)D ในเลือด โดยศึกษาในอาสาสมครสุขภาพดีจำนวน 220 คน และใช้ปัจจัยในการทำนายได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) ปริมาณวิตามินดีจากอาหารและอาหารเสริม เวลาที่สัมผัสแสงแดดในฤดูร้อน เวลาที่ใช้เดิน กิจกรรมทางกาย ปฏิกิริยาผิวหนังเมื่อถูกแสงแดด และ ปัจจัยเสริมบางส่วน เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และเวลาที่ใช้สังสรรค์กับเพื่อน ผลการทำนายพบว่า multiple liner regression model และการทำนายด้วย Random Forest ให้ AUC ที่ 0.69 (95% CI 0.59–0.77, p<0.001) และ 0.69 (95% CI 0.57–0.82, p<0.001) ตามลำดับ สำหรับการทำนายระดับวิตามินดีที่ 37.5 nmol/L[11]

สำหรับในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาและตรวจสอบแบบจำลองเชิงคลินิก สำหรับทำนายภาวะขาดวิตามินดี (25(OH)D <30 ng/mL) ในสตรีไทยที่มีภาวะกระดูกพรุนหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อกระดูกพรุน โดยศึกษาเชิงภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในหญิงไทยจำนวน 490 คน ที่มีภาวะกระดูกพรุนหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อกระดูกพรุน ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญในแบบจำลองสุดท้ายประกอบด้วยสี่กลุ่มหลัก ได้แก่ การได้รับอาหารเสริมวิตามินดี การได้รับแสงแดด การออกกำลังกาย และ BMI แบบจำลองคะแนนความเสี่ยงนี้มีประสิทธิภาพการจำแนกในระดับปานกลาง (AUC 0.747) และที่คะแนนตัดรวมความเสี่ยงที่ 6.6 สามารถทำนายภาวะขาดวิตามินดีด้วยความไวร้อยละ 71.9 และความจำเพาะร้อยละ 65.3 [3] โดยแบบสอบถามจากการศึกษาอยู่ในรูปแบบภาษาอังกฤษ ดังแสดงในภาพที่ 1 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่การศึกษานี้นำมาแปล และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงและความแม่นยำของการวัด

The vitamin D questionnaire.

Date	season		
Age	years	months	
Weight	kg	Height cm	BMI kg/m^2
Menopausal status	1. Premenopausal woman	2. Postmenopausal woman	
Occupation			
Living area	1. Bangkok	2. Urban area	3. Rural area
Education	1. Undergraduate	2. Primary school	3. High school
	4. Bachelor	5. Master's degree	6. Doctor's degree
25(OH)D levels	.....ng/mL date.....		
	Indication for testing:		
	1. Osteoporosis/osteopenia/low bone mass		
	2. Glucocorticoid induced osteoporosis		
	3. Others specify.....		
Exercise	1. Lack of exercise	2. 1—2 times/week	3. ≥ 3 times/week
Sunscreen Use	1. No	2. Yes	
Sunlight exposure between 10.00—15.00 in the last week	1. < 15 min/day	2. ≥ 15 min/day	
Drink milk	1. No	2.Yes	
Calcium supplements	1. No	2. Yes	
	Brand.....	elemental Ca.....mg/tab	
	Total elemental Ca.....mg/day		
Vitamin D supplements	1. No	2. Yes	
	Brand.....	dose.....IU/tab	
	Total vitamin D dose .....IU/week		
Cod liver or fish oil supplements	1. No	2. Yes brand.....	
Diseases that affect vitamin D metabolism	1. No		
	2. Cirrhosis		
	3. Chronic kidney disease stage 3 or over		
	4. Dermatologic diseases that are sensitive to sunlight		
	5. Eating disorders		
	6. Inflammatory bowel disease		
	7. Chronic diarrhea		
	8. Others specify.....		
Drugs that affect vitamin D metabolism	1. No		
	2. Antiepileptic		
	3. Steroids		
	4. Others specify.....		
Use anti-osteoporotic drugs	1. No	2. Yes	
Bone mineral density (BMD) results	1. No result		
	2. Normal		
	3. Low bone mass (premenopausal women)		
	4. Osteopenia		
	5. Osteoporosis		
	6. Osteoporotic fracture		

ภาพที่ 1 แบบสอบถามต้นแบบจากงานวิจัย [3]

วัตถุประสงค์

เพื่อแปล และประเมินคุณภาพของแบบสอบถามด้านความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของการวัด

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวางเพื่อประเมินความเชื่อมั่น, ความเที่ยงตรง และทดสอบความแม่นยำของแบบสอบถามภาวะขาดวิตามินดี ฉบับแปลภาษาไทย (Analytical, Cross-sectional diagnostic study) โดยทำการเก็บข้อมูลในช่วงหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก จนถึง 1 ก.พ. 2569 ในป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังตามเกณฑ์ของCenters for Disease Control and Prevention (CDC) ได้แก่ โรคที่มีระยะเวลายาวนานเกิน 1 ปี ต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือมีข้อจำกัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ที่เข้ารับการรักษาในระบบผู้ป่วยนอก (OPD) ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี โดยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะที่ส่งผลต่อการเผาผลาญหรือดูดซึมวิตามินดีผิดปกติ เช่น โรคตับแข็ง (Cirrhosis), โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease), ภาวะดูดซึมผิดปกติ และโรคไตวายเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะที่ 3 เป็นต้นไป (Chronic kidney disease stage 3-5) ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อการเผาผลาญวิตามินดีภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา เช่น ยากันชัก, สเตียรอยด์ และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม สับสนเฉียบพลัน หรือมีความผิดปกติทางจิตเวช ที่รบกวนการตอบแบบสอบถาม โดยตรวจสอบจากข้อมูลที่ได้บันทึกไว้ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

กระบวนการแปลและสังเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามคัดกรองภาวะขาดวิตามินดี (ฉบับภาษาไทย) ได้รับการแปลจากฉบับภาษาอังกฤษ โดยนักแปล 2 คนที่มีความสามารถทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นเจ้าของภาษาไทย นักแปลทั้งสองได้ทำการแปลแบบสอบถามแยกกันโดยอิสระ จากนั้น

นำคำแปลทั้งสองฉบับมารวมเป็นฉบับร่างภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์รายละเอียดจนได้ข้อสรุปที่เป็นเอกฉันท์ แล้วจึงแปลแบบสอบถามกลับ (Back-Translation) เป็นภาษาอังกฤษโดยนักแปลอิสระอีก 2 คน

การทบทวนโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ

แบบสอบถามที่ได้รับการแปลทุกฉบับ รวมถึงต้นฉบับภาษาอังกฤษ ได้ถูกนำมาพิจารณาโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยนักแปลทั้ง 4 คน ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน นักภาษาศาสตร์ที่เชี่ยวชาญด้านการแปลทางการแพทย์ 1 คน คณะกรรมการทำการประเมิน ความเทียบเท่าทางความหมาย (semantic equivalence), ความเทียบเท่าทางสำนวนภาษา (idiomatic equivalence), ความเทียบเท่าทางประสบการณ์ (experiential equivalence) และความเทียบเท่าทางแนวคิด (conceptual equivalence) ของแบบสอบถามทุกข้อ และปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

การทดสอบฉบับร่างของแบบสอบถาม (Pilot Testing)

แบบสอบถามฉบับร่างได้รับการทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน หลังจากที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ได้มีการสัมภาษณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างและเนื้อหาของแบบสอบถาม ผลการทดสอบถูกนำมาวิเคราะห์โดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ หากพบว่ามีข้อคำถามที่ไม่ชัดเจนหรือไม่เหมาะสม จะมีการปรับปรุงเพิ่มเติม

กระบวนการทดสอบซ้ำ (Test-retest)

หลังจากผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยผ่านการอบรมวิธีการใช้แบบสอบถามแล้ว ก่อนการเก็บข้อมูลจริงจะมีการทดสอบนำร่องในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามคัดกรองภาวะขาดวิตามินดีจากกลุ่มตัวอย่างภายในห้องตรวจที่มีความเป็นส่วนตัว จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำร่องตอบแบบสอบถามอีกครั้งห่างกัน 2-4 สัปดาห์ โดยการตอบแบบสอบถามครั้งที่สอง จะตอบผ่านทางโทรศัพท์

วิธีการและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จะทำการวิเคราะห์ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณทั้งItem-level Content Validity Index (I-CVI) และ Scale-level Content Validity Index (S-CVI/Ave)

2. การตรวจสอบความเที่ยงและความแม่นยำของการวัด (Reliability and Measurement Precision) ประเมินจากการทดสอบซ้ำ (Test-retest) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

2.1 ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

2.2 ความเที่ยงของการวัดซ้ำ (Test-retest Reliability)

- คะแนนรวม วิเคราะห์ด้วยค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

- ความเที่ยงรายข้อ (Item Reliability) วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Cohen's Kappa

2.3 ความแม่นยำและความคลาดเคลื่อนของการวัด (Measurement Precision and Error) จะคำนวณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (standard error of measurement: SEM) และค่าการเปลี่ยนแปลงต่ำสุดที่ตรวจวัดได้ (smallest detectable change: SDC)

2.4 การวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงระบบ (Systematic Bias) จะใช้การวิเคราะห์ Bland-Altman analysis เพื่อตรวจสอบค่าความต่างเฉลี่ย (mean difference/bias) และช่วงขอบเขตความสอดคล้อง (95% limits of agreement: LoA)

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามคัดกรองภาวะวิตามินดีไม่เพียงพอในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแบบสอบถามได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยนักแปล

อิสระ 2 ท่าน และนำมาสังเคราะห์เป็นฉบับร่างภาษาไทยร่วมกับคณะผู้วิจัย ในการแปลกลับ (back-translation) เป็นภาษาอังกฤษโดยนักแปลอิสระอีก 2 ท่าน พบว่ามีความสอดคล้องและสามารถสะท้อนความหมายเดิมของต้นฉบับได้อย่างถูกต้อง (semantic equivalence) คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านได้ร่วมตรวจสอบความสอดคล้องใน 4 มิติหลัก โดยมีผลสรุปให้เทียบเท่าด้านความหมายและสำนวน (Semantic and idiomatic equivalence) มีการปรับปรุงถ้อยคำในบางข้อคำถามจากภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทยที่สื่อความหมายได้เป็นธรรมชาติสำหรับผู้ป่วยไทย และ เทียบเท่าด้านประสบการณ์และแนวคิด (Experiential and conceptual equivalence) โดยคณะกรรมการเห็นชอบให้คงปัจจัยเสี่ยงสำคัญตามบริบทประเทศไทยไว้ เช่น พื้นที่อยู่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

การทดสอบฉบับร่างของแบบสอบถาม (Pilot Testing)

จากการนำแบบสอบถามฉบับร่างไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 30 ราย พบว่าอาสาสมัครทุกคนสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาและเลือกคำตอบได้โดยไม่ต้องขอคำอธิบายเพิ่มเติม และได้ปรับปรุงรูปแบบการจัดวางและขนาดตัวอักษรของแบบสอบถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ ดังข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Analysis)

ภายหลังกระบวนการแปลและปรับปรุงเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยได้รับความอนุเคราะห์จากคณะผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามจำนวน 16 รายการจากทั้งหมด 17 รายการ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาดังตารางที่ 2 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาภาพรวม (S-CVI/Ave) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.918

ความเที่ยงและความแม่นยำของการวัด (Reliability and Measurement Precision)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยการทดสอบซ้ำ (test-retest) ในกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 48 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 56.00 ± 14.61 ปี และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.10 ± 4.13 kg/m² ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการทดสอบซ้ำห่างจากการทดสอบครั้งแรก 2–4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือวิจัยมีความสอดคล้องภายในระดับสูงมาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.991 และมีความเที่ยงของการวัดซ้ำในระดับดีเยี่ยม โดยมีค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) เท่ากับ 0.983 (95% CI: 0.970 – 0.990, $p < 0.001$) และเมื่อพิจารณาความเที่ยงรายข้อ (Item Reliability) พบว่าข้อคำถามเกือบทั้งหมดมีความสอดคล้องอยู่ในระดับดีเยี่ยม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความเที่ยงรายข้อของแบบประเมินความเสี่ยง (N = 30)

ข้อคำถาม	ค่าสถิติ Kappa (K)	ระดับความเที่ยง (Interpretation)	ค่านัยสำคัญ (p-value)
การทานวิตามินดีเสริม	1.000	ดีเยี่ยม	< 0.001
การดื่มนม	1.000	ดีเยี่ยม	< 0.001
การทานแคลเซียมเสริม	1.000	ดีเยี่ยม	< 0.001
การใช้ครีมกันแดด	0.943	ดีเยี่ยม	< 0.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	0.937	ดีเยี่ยม	< 0.001
ระยะเวลาการได้รับแสงแดด	0.857	ดีเยี่ยม	< 0.001
การทานน้ำมันปลา/น้ำมันตับปลา	0.657	ดีมาก	< 0.001

ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (Standard Error of Measurement: SEM) ของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.55 คะแนน และค่าการเปลี่ยนแปลงต่ำสุดที่ตรวจวัดได้ (Smallest Detectable Change: SDC) มีค่าเท่ากับ 1.52 คะแนน

เมื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงระบบ (Bland–Altman Analysis) ของแบบสอบถามพบว่าค่าความต่างเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ -0.07 คะแนน (SD = 0.78) โดยจากการทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.545) โดยที่ช่วงขอบเขตความสอดคล้อง (95% Limits of Agreement: LoA) อยู่ในช่วง -1.60 ถึง 1.46 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มุ่งพัฒนาแบบสอบถามภาวะขาดวิตามินดีฉบับภาษาไทย ซึ่งมีความสำคัญในบริบทของประเทศไทยที่ยังมีความจำกัดด้านทรัพยากรในการตรวจระดับ 25(OH)D ในเลือดซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานทองคำ (gold standard) และทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามในทุกมิติ

จากผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีเยี่ยม (S-CVI/Ave = 0.918) นั่นคือผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าคำถามมีความเหมาะสม ทั้งนี้แม้ว่าข้อคำถามเกี่ยวกับระดับการศึกษาจะมีค่า I-CVI เท่ากับ 0.60 แต่ผู้วิจัยยังคงเก็บข้อคำถามดังกล่าวไว้ เนื่องจากระดับการศึกษาอาจมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลทางโภชนาการ ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสี่ยงต่อภาวะขาดวิตามินดีในประชากรไทยได้

นอกจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างนำร่องพบว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในสูงมาก (Cronbach's alpha = 0.991) และมีความเที่ยงของการวัดซ้ำในระดับดีเยี่ยม (ICC = 0.983) แสดงถึงความเที่ยงและความแม่นยำของผลการประเมินในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (SEM) เท่ากับ 0.55 คะแนน ซึ่งถือว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับช่วงคะแนนรวมของแบบสอบถาม สอดคล้องกับค่า SDC ที่เท่ากับ 1.52 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ว่าหากคะแนนจากการประเมินในอนาคตมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 1.52 คะแนน จะเป็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงที่แท้จริง โดยไม่ใช่ความคลาดเคลื่อนเชิงสถิติจากการวัดซ้ำ และจาก Bland–Altman Analysis พบว่าค่าความต่างเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ -0.07 คะแนน (SD = 0.78) โดยที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.545) ทำให้เชื่อได้ว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ไม่มีอคติเชิงระบบ ไม่ว่าจะนำไปประเมินที่โรงพยาบาลหรือผ่านทางโทรศัพท์ และมีช่วงขอบเขตความสอดคล้องที่แคบ (95% Limits of Agreement: LoA -1.60-1.46) ยืนยันความน่าเชื่อถือ

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติแล้ว ผลการประเมินโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ยังพบว่าแบบสอบถามที่ได้จากกระบวนการแปลแบบ forward-backward translation โดยผู้วิจัยร่วมกับนักแปลอิสระทั้งหมด 4 ท่านนี้ มีความหมายและสำนวนการแปลเทียบเท่ากับต้นฉบับ และมีความเทียบเท่าด้านประสบการณ์และแนวคิด โดยคงปัจจัยเสี่ยงสำคัญตามบริบทประเทศไทยไว้ เช่น พื้นที่อยู่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย อีกทั้งยังได้รับการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างนำร่องก่อนนำไปใช้งานจริง และปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

ในด้านประสิทธิภาพเชิงปฏิบัติ เครื่องมือคัดกรองนี้ถือเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นกลไกสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision support tool) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีภาระงานหนาแน่น เพื่อช่วยลดภาระงานและค่าใช้จ่ายจากการส่งตรวจเลือดที่ไม่จำเป็น แม้หน่วยงานบริการป้องกันของสหรัฐอเมริกา (USPSTF)[13] จะระบุว่าหลักฐานในปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะสรุปความคุ้มค่าของการคัดกรองในประชากรทั่วไปที่ไม่มีอาการ แต่การสร้างโมเดลที่มีความแม่นยำสูงระดับดีเยี่ยมในกลุ่มประชากรเสี่ยงสูงดังเช่นงานวิจัยนี้ คือการปิดช่องว่างแห่งองค์ความรู้ที่สำคัญ

และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การคัดกรองเฉพาะกลุ่ม เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุดแก่ระบบสาธารณสุขไทยในระยะยาว

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดจากอคติในการระลึกข้อมูล (recall bias) เนื่องจากข้อมูลพฤติกรรมต่าง ๆ ได้มาจากการประเมินตนเองของผู้เข้าร่วม (self-reported data) โดยเฉพาะการประมาณระยะเวลาการสัมผัสแสงแดดและความถี่ในการออกกำลังกาย ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความจำ การรับรู้ส่วนบุคคล หรืออิทธิพลจากความต้องการตอบคำถามในลักษณะที่เป็นที่ยอมรับทางสังคมได้[12] อย่างไรก็ตามผลจากการตรวจสอบคุณภาพบ่งชี้ว่าแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นนี้มีความพร้อมสำหรับการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยในอนาคต เพื่อประเมินปัจจัยพยากรณ์และประสิทธิภาพเชิงวินิจฉัย (diagnostic accuracy) ของภาวะขาดวิตามินดีในประชากรไทย โดยเปรียบเทียบผลการประเมินกับระดับ 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] ในเลือด ซึ่งถือเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะดังกล่าวต่อไป โดยหวังว่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพและการวางแผนเชิงสาธารณสุข เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจากการตรวจเลือดและเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนไทยในอนาคต

สรุปผลการวิจัย

แบบสอบถามภาวะขาดวิตามินดีฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นมีความเทียบเท่ากับต้นฉบับในความเทียบเท่าทางความหมาย (semantic equivalence) ความเทียบเท่าทางสำนวนภาษา (idiomatic equivalence) ความเทียบเท่าทางประสบการณ์ (experiential equivalence) และความเทียบเท่าทางแนวคิดกับแบบแบบสอบถามต้นฉบับ รวมถึงมีความตรงเชิงเนื้อหาจากการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Charoenngam N, Sriussadaporn S. Prevalence of inadequate vitamin D status in ambulatory thai patients with cardiometabolic disorders who had and had no vitamin D supplementation. J Med Assoc Thai [Internet]. 2018 [cited 2026 Mar 22];101(6):739–52. Available from: https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/46605
2. Cui A, Zhang T, Xiao P, Fan Z, Wang H, Zhuang Y. Global and regional prevalence of vitamin D deficiency in population-based studies from 2000 to 2022: a pooled analysis of 7.9 million participants. Front Nutr. 2023 Mar 17;10:1070808. doi:10.3389/fnut.2023.1070808
3. Mullikapipat T, Dumrongwongsuwinai N, Vallibhakara O, Rattanasiri S, Vallibhakara SAO, Wajanavisit W, et al. Simple prediction model for vitamin D deficiency in women with osteoporosis or risk factors for osteoporosis in Thailand. J Clin Transl Endocrinol. 2024 Dec;38:100377. doi: 10.1016/j.jcte.2024.100377
4. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011 Jul;96(7):1911-30. doi: 10.1210/jc.2011-0385
5. Chevalley T, Brandi ML, Cashman KD, Cavalier E, Harvey NC, Maggi S, et al. Role of vitamin D supplementation in the management of musculoskeletal diseases: update from an European society of clinical and economical aspects of osteoporosis, osteoarthritis and musculoskeletal diseases (ESCEO) working group. Aging Clin Exp Res. 2022 Oct 26;34(11):2603-23. doi: 10.1007/s40520-022-02279-6
6. Lee JH, Kim YA, Kim YS, Lee Y, Seo JH. Association between vitamin D deficiency and clinical parameters in men and women aged 50 years or older: a cross-sectional cohort study. Nutrients. 2023 Jul 5;15(13):3043. doi: 10.3390/nu15133043

7. Demay MB, Pittas AG, Bikle DD, Diab DL, Kiely ME, Lazaretti-Castro M, et al. Vitamin D for the prevention of disease: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2024 Jul 12;109(8):1907-47. doi: 10.1210/clinem/dgae290
8. Grant WB. Vitamin D and viral infections: infectious diseases, autoimmune diseases, and cancers. In: Advances in food and nutrition research [Internet]. Elsevier; 2024 [cited 2026 Mar 22]. p. 271-314. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1043452623001018 doi: 10.1016/bs.afnr.2023.12.007
9. Chailurkit L, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Regional variation and determinants of vitamin D status in sunshine-abundant Thailand. BMC Public Health. 2011 Dec;11(1):853-9. doi: 10.1186/1471-2458-11-853
10. Bolek-Berquist J, Elliott ME, Gangnon RE, Gemar D, Engelke J, Lawrence SJ, et al. Use of a questionnaire to assess vitamin D status in young adults. Public Health Nutr. 2009 Feb;12(2):236-43. doi: 10.1017/S136898000800356X
11. Valer-Martinez A, Sayon-Orea C, Martínez Hernandez JA, De La Fuente-Arrillaga C, Pérez De Rojas J, Barcones F, et al. Forecasting levels of serum 25-hydroxyvitamin D based on dietary intake, lifestyle and personal determinants in a sample of Southern Europeans. Br J Nutr. 2023 Nov 28;130(10):1814-22. doi: 10.1017/S0007114523000946
12. Cook LS, Moon BL, Dong Y, Neilson HK. Reliability of self-reported sun exposure in Canadian women and estimation of lifetime exposure to vitamin D from sun and diet. Public Health Nutr. 2013;17(4):747-55. doi: 10.1017/S136898001300178X
13. LeFevre ML, On Behalf Of The U.S. Preventive Services Task Force. Screening for vitamin D deficiency in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2015 Jan 20;162(2):133–40. doi:10.7326/M14-2450

ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Factors Associated with the Need for Developing an Administrative Nursing Supervision Model as Perceived by Practitioner-Level Registered Nurses in the Nursing Department, Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: June 9,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

จินตนา สินทอง[1]
Jintana Sinthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการจำเป็น ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการจำเป็น และจัดทำข้อเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ประชากรศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 101 คน เก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Crude Odds Ratio และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.0 อายุ 30–39 ปี ร้อยละ 48.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 99.0 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 54.5 ระดับการรับรู้ต่อสมรรถนะในการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.00, SD = 0.38) ความพึงพอใจต่อการนิเทศโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.09, SD = 0.42) ปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.33, SD = 0.67) และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.16, SD = 0.59)ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อกระบวนการนิเทศและการสนับสนุน (Adjusted OR = 11.45, 95% CI = 1.87–70.15, p = 0.01) และระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศ (Adjusted OR = 16.47, 95% CI = 1.69–160.76, p = 0.02)

คำสำคัญ: การนิเทศทางการพยาบาล, การนิเทศด้านการบริหารการพยาบาล, ความต้องการพัฒนารูปแบบ, พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine the level of need for developing an administrative nursing supervision model, identify factors associated with this need, and formulate recommendations for developing a model appropriate to the context of the Nursing Department at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province. The study population comprised 101 practitioner-level registered nurses, all of whom were included in the study. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze the data. Associations were initially examined using crude odds ratios, followed by multiple logistic regression analysis to identify factors associated with the need for model development.

The findings showed that most participants were female (96.0%), aged 30–39 years (48.5%), held a bachelor's degree (99.0%), and worked in inpatient wards (54.5%). The overall perceived competency in administrative nursing supervision was at a high level (Mean = 3.00, SD = 0.38). Overall satisfaction with nursing supervision was also at a high level (Mean = 3.09, SD = 0.42), while perceived problems and barriers related to nursing supervision were at a low level (Mean = 2.33, SD = 0.67). The overall need for developing a nursing supervision model was at a high level

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

(Mean = 3.16, SD = 0.59). Multiple logistic regression analysis revealed that satisfaction with the supervision process and support was significantly associated with the need for model development (Adjusted OR = 11.45, 95% CI = 1.87–70.15, p = 0.01), as was the perceived level of problems and barriers in supervision (Adjusted OR = 16.47, 95% CI = 1.69–160.76, p = 0.02).

Keywords: nursing supervision, administrative nursing supervision, need for model development, practitioner-level registered nurses

บทนำ

องค์กรพยาบาลเป็นหน่วยงานสำคัญของสถานบริการสุขภาพ มีบทบาทโดยตรงในการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความรู้ ทักษะ ความรับผิดชอบ และสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ดังนั้น การควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล และพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกลไกสำคัญของการบริหารการพยาบาล[1]

การนิเทศทางการพยาบาลเป็นกระบวนการบริหารที่ช่วยพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยผู้นิเทศมีบทบาทในการให้คำแนะนำ สอนงาน ให้คำปรึกษา สนับสนุน ติดตาม ประเมินผล และสะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้รับการนิเทศ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ลดความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนในการบริการ รวมทั้งส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ การนิเทศจึงไม่ใช่เพียงการตรวจติดตามงาน แต่เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง[1,2,3]

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีกลุ่มการพยาบาลครอบคลุมหน่วยงานบริการหลายด้าน ได้แก่ หอผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ลักษณะภารกิจที่หลากหลายทำให้การนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารมีความสำคัญต่อการกำกับมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย การบริหารอัตรากำลัง การประสานงาน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม การนิเทศในปัจจุบันยังมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ ความถนัด และความพร้อมของผู้นิเทศแต่ละคน ส่งผลให้บางประเด็นยังขาดความชัดเจนและความเป็นระบบ เช่น แนวทางการนิเทศ เครื่องมือหรือแบบบันทึกการนิเทศ การติดตามผลหลังการนิเทศ และการนำผลการนิเทศไปใช้พัฒนางาน ข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านบริการพยาบาลระดับเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2566–2568 พบว่า ผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลแบบไขว้ภายนอกของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อยู่ที่ร้อยละ 71.18, 72.26 และ 72.84 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 71.43 สะท้อนให้เห็นว่ายังมีโอกาสในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยเฉพาะด้านการนิเทศทางการพยาบาลทั้งเชิงบริหารและเชิงคลินิก นอกจากนี้ ผลการตรวจเยี่ยมติดตามการพัฒนาคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2568 ยังมีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบนิเทศทางการพยาบาล และพัฒนาทักษะผู้นิเทศแต่ละระดับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน[4,5]

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งพัฒนาหรือประเมินผลรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในบริบทเฉพาะ โดยเฉพาะด้านคลินิกและการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ขณะที่การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศด้านการบริหารจากมุมมองของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศยังมีจำกัด ทั้งที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการเป็นผู้ได้รับผลโดยตรงจากกระบวนการนิเทศและสามารถสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้นิเทศ ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค และองค์ประกอบที่ควรพัฒนาได้ การศึกษาครั้งนี้จึง

กำหนดให้ “ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ” หมายถึง การรับรู้ถึงความจำเป็นในการปรับปรุงหรือเพิ่มเติมองค์ประกอบของระบบนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารให้มีความชัดเจนเป็นระบบ มีมาตรฐาน และนำไปใช้ได้จริง ครอบคลุมแนวทางและขั้นตอนการนิเทศ แบบบันทึกผล ระบบติดตามประเมินผล การให้คำปรึกษา การสนับสนุน และการสะท้อนกลับข้อมูล โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล สมรรถนะของผู้นิเทศตามการรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาอุปสรรค เพื่อระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการพัฒนารูปแบบและองค์ประกอบที่ควรให้ความสำคัญเป็นลำดับต้น [9,10,11]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบนิเทศให้มีความชัดเจน เป็นมาตรฐาน เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และสามารถนำผลการนิเทศไปใช้พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และเป็นผู้รับการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร จำนวน 124 คน หลังจากพิจารณาเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกแล้วเหลือเพียง 101 คน การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2) ปฏิบัติงานในหน่วยงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด ลาป่วยระยะยาว หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในสาระสำคัญ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร แนวคิดการนิเทศของ Proctor และวงจรคุณภาพ PDCA [6,7] แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) สมรรถนะปัจจุบันของผู้นิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารตามการรับรู้ของผู้รับการนิเทศ 3) ความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร 4) ปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร และ 5) ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามด้านสมรรถนะของผู้นิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร ด้านความพึงพอใจต่อการนิเทศ ด้านปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศ และด้านความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96, 0.97, 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในและมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มประชากรตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1-20 เมษายน 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ระดับสมรรถนะของผู้นิเทศตามการรับรู้ ความพึงพอใจต่อการนิเทศ ปัญหาและอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวแปรที่เป็นคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ สมรรถนะของผู้นิเทศตามการรับรู้ ความพึงพอใจ ปัญหาและอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ เป็น 2 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 2.51–4.00 จัดเป็นระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.50 จัดเป็นระดับน้อย

วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สมรรถนะของผู้นิเทศตามการรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาและอุปสรรค กับความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ โดยใช้การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว รายงานค่า Crude Odds Ratio และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ รายงานค่า Adjusted Odds Ratio และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ ECCERT690018

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 101 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 และเป็นเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30–39 ปี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 99.0 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในมากที่สุด จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล 1–5 ปี และ 6–10 ปี เท่ากัน กลุ่มละ 39 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 71.3 และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 72.3

ระดับสมรรถนะในการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.00, SD = 0.38) เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่าหมวดที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การกำกับมาตรฐานคุณภาพ และความปลอดภัย (Mean = 3.09, SD = 0.44) รองลงมาคือ การปรับปรุงและพัฒนาระบบนิเทศอย่างต่อเนื่อง (Mean = 3.02, SD = 0.47) ส่วนหมวดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การวางแผนการนิเทศ (Mean = 2.90, SD = 0.50) ซึ่งยังอยู่ในระดับมาก

ระดับความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.09, SD = 0.42) เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่าหมวดที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การกำกับมาตรฐานและความปลอดภัย (Mean = 3.22, SD = 0.52) รองลงมาคือ ความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 3.10, SD = 0.48) ส่วนหมวดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความชัดเจนของระบบนิเทศ (Mean = 3.02, SD = 0.49) ซึ่งยังอยู่ในระดับมาก

ระดับปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.33, SD = 0.67) ส่วนระดับความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.16, SD = 0.59)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล และสมรรถนะผู้นิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารทั้ง 5 หมวด ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพียง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อกระบวนการนิเทศและการสนับสนุน และปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศ มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความพึงพอใจระดับมากมีโอกาสมีความต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศในระดับมากเป็น 6.07 เท่าของผู้ที่มีความพึงพอใจระดับน้อย (Crude OR = 6.07, 95% CI = 1.44–25.64, p = 0.023) และผู้ที่รับรู้ปัญหาและอุปสรรคในระดับมากมีโอกาสมีความต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศในระดับมากเป็น 10.47 เท่าของผู้ที่รับรู้ปัญหาและอุปสรรคในระดับน้อย (Crude OR = 10.47, 95% CI = 1.30–84.01, p = 0.027)

เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่า ผู้ที่มีความพึงพอใจต่อกระบวนการนิเทศและการสนับสนุนในระดับมากมีโอกาสมีความต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศในระดับมากเป็น 11.45 เท่าของผู้ที่มีความพึงพอใจระดับน้อย (Adjusted OR = 11.45, 95% CI = 1.87–70.15, p = 0.010) และผู้ที่รับรู้ปัญหาและอุปสรรคในระดับมากมีโอกาสมีความต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศในระดับมากเป็น 16.47 เท่าของผู้ที่รับรู้ปัญหาและอุปสรรคในระดับน้อย (Adjusted OR = 16.47, 95% CI = 1.69–160.76, p = 0.020) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร

ปัจจัย		ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ		Crude OR.	Adj. OR	95% C.I.		p-value
		ไม่ต้องการ	ต้องการ			Lower	Upper	
ความพึงพอใจ หมวดที่ 2 กระบวนการนิเทศและการสนับสนุน								
	พึงพอใจน้อย	4 (40.0%)	6 (60.0%)	1	1			
	พึงพอใจมาก	9 (9.9%)	82 (90.1%)	6.07	11.45	1.87	70.15	0.01*
ปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร								
	ปัญหาไม่รุนแรง	12 (20.3%)	47 (79.7%)	1	1			
	ปัญหารุนแรง	1 (2.4%)	41 (97.6%)	10.47	16.47	1.69	160.76	0.02*

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการมีความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่า แม้การนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารของโรงพยาบาลมีการดำเนินงานอยู่แล้ว แต่ผู้รับการนิเทศยังเห็นความจำเป็นในการพัฒนาให้มีความชัดเจน เป็นระบบ และมีมาตรฐานมากขึ้น โดยเฉพาะการมีระบบติดตามและนำผลการนิเทศไปใช้พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล การพัฒนาทักษะด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย และการมีแบบบันทึกผลการนิเทศที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดที่มองว่าการนิเทศควรครอบคลุมทั้งด้านการพัฒนาความรู้และทักษะ การกำกับมาตรฐาน และการสนับสนุนผู้รับการนิเทศ รวมทั้งเป็นกระบวนการสะท้อนคิดและพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง[6,8] และสอดคล้องกับวงจรคุณภาพ PDCA ที่เน้นการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง[7] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์[9] ที่พบว่า โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลร่วมกับไลน์แอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการนิเทศที่มีรูปแบบชัดเจนและมีช่องทางติดตามต่อเนื่องช่วยพัฒนาศักยภาพผู้รับการนิเทศได้จริง

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร ได้แก่ ความพึงพอใจต่อกระบวนการนิเทศและการสนับสนุน และการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศ โดยกลุ่มที่มีความพึงพอใจมากต่อกระบวนการนิเทศและการสนับสนุนมีโอกาสต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศสูงกว่ากลุ่มที่พึงพอใจน้อย อาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้รับการนิเทศได้รับประสบการณ์ที่ดี เช่น ได้รับคำปรึกษา กำลังใจ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อมูลสะท้อนกลับที่นำไปพัฒนางานได้จริง ย่อมเห็นคุณค่าของการนิเทศและต้องการให้ระบบนิเทศได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ แสงมณี และคณะ[10] ที่พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นตามกรอบ 2P safety: SIMPLE พบว่าคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการนิเทศที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยสามารถเพิ่มความพึงพอใจและการยอมรับของผู้รับการนิเทศได้

ขณะเดียวกัน กลุ่มที่รับรู้ว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศรุนแรงมีโอกาสต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปัญหาไม่รุนแรง สะท้อนว่า ปัญหาในระบบนิเทศ เช่น แนวทางการนิเทศไม่ชัดเจน การบันทึกผลไม่เป็นระบบ และการติดตามผลหลังการนิเทศไม่ต่อเนื่อง เป็นจุดสะดุดสำคัญที่ทำให้ผู้รับการนิเทศต้องการระบบที่ชัดเจนและนำไปใช้ได้จริง ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีภรณ์ กอเซ็ม และชญานันท์ ต่างใจ[11] ที่พบว่า การขาดรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจนเป็นปัญหาสำคัญของระบบนิเทศ และเมื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านคลินิกโดยใช้รูปแบบ TGROW พบว่าอุบัติการณ์ทางคลินิกลดลง และบุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการนิเทศดีขึ้น ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา และชี้ให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารควรมุ่งสร้าง “ระบบนิเทศที่นำทางได้จริง” คือ มีแนวทางชัดเจน มีแบบบันทึกที่ใช้ร่วมกัน มีระบบติดตามผลหลังการนิเทศ และมีการสะท้อนกลับข้อมูลที่ช่วยให้ผู้รับการนิเทศนำไปปรับปรุงงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารให้มีความชัดเจน เป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มการพยาบาล โดยจัดทำคู่มือหรือแนวทางการนิเทศที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมบทบาทของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ขั้นตอนการนิเทศ ประเด็นการ

นิเทศ วิธีการประเมินผล และแนวทางการสะท้อนกลับข้อมูล

2.ควรพัฒนาแบบบันทึกผลการนิเทศและระบบติดตามผลหลังการนิเทศให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้สามารถนำข้อมูลจากการนิเทศไปใช้ในการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

3.ควรส่งเสริมกระบวนการนิเทศที่เน้นการสนับสนุน การให้คำปรึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเสริมแรงเชิงบวกแก่ผู้รับการนิเทศ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้นิเทศทางการพยาบาลและผู้ตรวจการพยาบาลในด้านการวางแผนการนิเทศ การสื่อสาร การสะท้อนกลับข้อมูล การติดตามผล และการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร โดยใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบการนิเทศที่ประกอบด้วยคู่มือ แนวทางการนิเทศ แบบบันทึกการนิเทศ ระบบติดตามผล และแนวทางการนำผลการนิเทศไปใช้พัฒนางาน

2.ควรมีการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อทดสอบผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารที่พัฒนาขึ้น โดยอาจเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ หรือเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มที่ยังไม่ได้ใช้รูปแบบ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของรูปแบบการนิเทศได้ชัดเจนขึ้น

3.ควรเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยและขยายพื้นที่การศึกษาไปยังหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและน่าเชื่อถือมากขึ้น โดยเฉพาะการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหาร

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา ศรีญานลักษณ์.(2557). การบริหารการพยาบาล. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. สุพิศ กิตติรัชดา.(2552). การนิเทศทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2552.
3. สุพิศ กิตติรัชดา, วารี วณิชปัญจพล.(2551). การนิเทศทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2551.
4. โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.(2568). รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านบริการพยาบาลระดับเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2566–2568. ขอนแก่น: โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น; 2568.
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.(2566). รายงานผลการตรวจเยี่ยมติดตามการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2566.
6. Proctor B.(2001). Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intention. In: Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B, editors. Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001. p. 25-46.
7. Deming WE.(2004). The new economics for industry, government, education. 2nd ed. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Educational Services; 2004.
8. Driscoll J.(2007). Practising clinical supervision: A reflective approach for healthcare professionals. 2nd ed. Edinburgh: Baillière Tindall Elsevier; 2007.
9. ศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์.(2567). ผลของโปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลร่วมกับไลน์แอปพลิเคชันต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2567.
10. วัชรีย์ แสงมณี, น้ำทิพย์ แก้ววิชิต, ปราโมทย์ ทองสุข, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, นงนุช บุญยัง, เจรจา กลูเกื้อ.(2565). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ตามกรอบแนวคิด 2P safety: SIMPLE (Medication error, Fall) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565;14(1):1-16.
11. สุรีภรณ์ กอเซ็ม, ชญานันท์ ต่างใจ.(2562). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านคลินิก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนาด้วง. ชัยภูมิเวชสาร. 2562;39(1):26-36.

การคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานโดยอาศัยปริมาณกรดยูริกในเลือด

SCREENING TEST FOR PREDIABETES USING SERUM URIC ACID LEVEL.

(Received: June 9,2026 ; Revised: June 14,2026 ; Accepted: June 17,2026)

ชัชชฎา เล็กเจริญสุข[1] ภาวิต หน่อไชย[2]
Chutchada Lekcharoensuk[1] Phawit Norchai[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับกรดยูริกในเลือดกับภาวะก่อนเบาหวาน และเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระดับกรดยูริกในเลือดในการทำนายภาวะก่อนเบาหวานในกลุ่มประชากรไทย โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังชนิดภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 204 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนเบาหวาน (HbA1c 5.7–6.4%) และกลุ่มปกติ (HbA1c < 5.7%) กลุ่มละ 102 ราย เก็บข้อมูลจากคลินิกเวชกรรมแห่งหนึ่งในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ความสัมพันธ์และประสิทธิภาพในการคัดกรองด้วยสถิติ ROC curve คำนวณค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) จุดตัดที่เหมาะสม (cut-off) ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 62.7) อายุเฉลี่ย 62.12 ปี กลุ่มก่อนเบาหวานมีระดับกรดยูริกเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มปกติอย่างชัดเจน (8.36±1.55 vs 5.55±1.45 มก./ดล., p<0.001) ในประชากรรวมชายและหญิง ระดับกรดยูริกมี AUC = 0.91 (95% CI: 0.87–0.95, p<0.001) ที่จุดตัด 6.60 มก./ดล. ให้ความไว 93.1% ความจำเพาะ 81.4% เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าในเพศหญิง AUC = 0.91 (95% CI: 0.86–0.96) ที่จุดตัด 6.60 มก./ดล. ให้ความไว 89.9% ความจำเพาะ 84.7% ส่วนในเพศชาย AUC = 0.94 (95% CI: 0.89–0.99) ที่จุดตัด 7.00 มก./ดล. ให้ความไว 97.0% ความจำเพาะ 86.0%

คำสำคัญ: ภาวะก่อนเบาหวาน, กรดยูริกในเลือด, ฮีโมโกลบินเอวันซี, การคัดกรอง

Abstract

This study aimed to investigate the association between serum uric acid (SUA) levels and prediabetes, and to evaluate the diagnostic accuracy of SUA for predicting prediabetes in a Thai population. A survey research by retrospective design was employed, comprising 204 participants who were categorized into a prediabetes group (HbA1c 5.7–6.4%, n=102) and a normal group (HbA1c <5.7%, n=102). Data were obtained from a medical clinic in Din Daeng area, Bangkok. Diagnostic performance was assessed using receiver operating characteristic (ROC) curve analysis to determine the area under the curve (AUC), optimal cut-off value, sensitivity, and specificity.

Result: Most participants were female (62.7%), with a mean age of 62.12 years. The prediabetes group exhibited significantly higher mean SUA levels compared with the normal group (8.36±1.55 vs. 5.55±1.45 mg/dL, p<0.001). In the combined male and female population, SUA yielded an AUC of 0.91 (95% CI: 0.87–0.95, p<0.001). At a cut-off of 6.60 mg/dL, sensitivity was 93.1% and specificity was 81.4%. Sex-stratified analysis revealed that in females, the AUC was 0.91 (95% CI: 0.86–0.96) with a cut-off of 6.60 mg/dL, yielding a sensitivity of 89.9% and a specificity of 84.7%. In males, the AUC was 0.94 (95% CI: 0.89–0.99) with a cut-off of 7.00 mg/dL, yielding a sensitivity of 97.0% and a specificity of 86.0%.

Keyword: prediabetes, serum uric acid (SUA), HbA1c, screening

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

บทนำ

ภาวะก่อนเบาหวาน (prediabetes) ถูกนิยามโดยระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดที่สูงกว่าค่าปกติ แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยภาวะนี้มีความสำคัญทางคลินิกเนื่องจากสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการพัฒนาไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของหลอดเลือด[1,2,3,4] ข้อมูลระบาดวิทยาในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 20 ปีที่ผ่านมา โดยอัตราการดำเนินโรคจากภาวะก่อนเบาหวานไปสู่โรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 5–20 ต่อปี สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นในระดับประชากรไทย[2,4] การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยในระยะเริ่มต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในทางชีวเคมีกรดยูริก (uric acid) เป็นผลิตภัณฑ์สุดท้ายของกระบวนการสลายพิวรีนนิวคลีโอไทด์ โดยแหล่งที่มาอาจมาจากการสังเคราะห์ภายในร่างกายหรือการบริโภคอาหารจากภายนอก เมื่อระดับกรดยูริกในกระแสเลือดสูงเกินเกณฑ์ (hyperuricemia) จะถูกจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลำดับ[5] กลไกทางชีวภาพอธิบายว่าระดับกรดยูริกที่เพิ่มขึ้นสามารถรบกวนการทำงานของเซลล์เบต้าในตับอ่อนและขัดขวางวิถีสัญญาณของอินซูลิน ส่งผลให้นำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลงและระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความเชื่อมโยงระหว่างภาวะกรดยูริกในเลือดสูงกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ได้รับการยืนยันจากหลักฐานวิชาการ[5] การสำรวจความชุกในประเทศไทยพบว่าภาวะกรดยูริกในเลือดสูงมีความชุกระหว่างร้อยละ 9 ถึง 11 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1]

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าระดับกรดยูริกในเลือดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะดื้อต่ออินซูลินและสามารถพยากรณ์การเกิดโรคเบาหวานได้ ดังนั้นกรดยูริกจึงอาจทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดทางอ้อม (marker) ของภาวะดื้อต่ออินซูลินที่ส่วนปลาย[6,7] อย่างไรก็ตามแม้ว่าวรรณกรรมที่มีอยู่จะแสดงถึงความเชื่อมโยงดังกล่าว แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นการประเมินศักยภาพของระดับกรดยูริกในเลือดในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานโดยเฉพาะในประชากรไทยยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยเหตุนี้การศึกษาประสิทธิภาพในการคัดกรองของระดับกรดยูริกในเลือดเพื่อใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานในกลุ่มประชากรไทย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทของเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการดำเนินโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

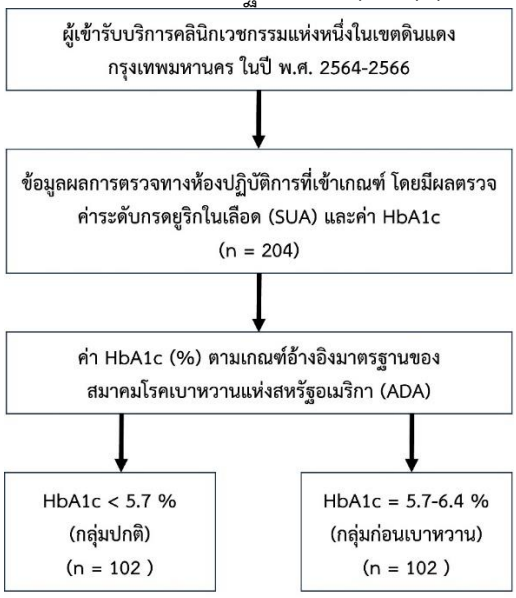
1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับกรดยูริกในเลือดกับภาวะก่อนเบาหวานในกลุ่มประชากรไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระดับกรดยูริกในเลือดในการทำนายภาวะก่อนเบาหวานในกลุ่มประชากรไทย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังชนิดภาคตัดขวาง (survey research by retrospective design) เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการคัดกรอง (diagnostic accuracy)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากคลินิกเวชกรรมแห่งหนึ่งในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร ระหว่าง ปี พ.ศ. 2564-2566 กลุ่มตัวอย่างคือประชากรไทยอายุ 25-90 ปี ที่มีผลตรวจระดับกรดยูริกในเลือด (SUA) และระดับ HbA1c ครบถ้วน คำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 179

ราย โดยเผื่อข้อมูลไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 10 รวมเป็น 204 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนเบาหวาน (HbA1c 5.7-6.4%, n=102) และกลุ่มปกติ (HbA1c <5.7%, n=102) ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 เกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA)

เกณฑ์คัดเข้า คือ ประชากรไทยอายุ 25-90 ปี ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดโรคประจำตัว และมีผลตรวจค่า SUA และค่า HbA1c เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ประสงค์จะยุติการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลที่ไม่มีข้อมูลระบุตัวตน (case record form) ประกอบด้วย เพศ อายุ ค่า SUA (mg/dL) และค่า HbA1c (%)

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่ การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการคัดกรองด้วย ROC curve เพื่อหาพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) จุดตัดที่เหมาะสม (cut-off) ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) โดยแบ่งวิเคราะห์ในประชากรรวม เพศหญิง และเพศชาย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลของคลินิกเวชกรรมแห่งหนึ่งในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2566 โดยขอเฉพาะข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้ารับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับกรดยูริกในเลือด (SUA) และระดับ HbA1c เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวตามหลักจริยธรรม การคัดเลือกตัวอย่างดำเนินการตามลำดับวันเวลาที่เข้ารับบริการ โดยไม่มีการเลือกเฉพาะเจาะจง เพื่อป้องกันอคติ (bias) ในการเลือกตัวอย่าง ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคำนวณจากขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 179 ราย โดยเผื่อข้อมูลไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 10 รวมเป็น 204 ราย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต เลขที่หนังสือรับรอง COE No. 007/68 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

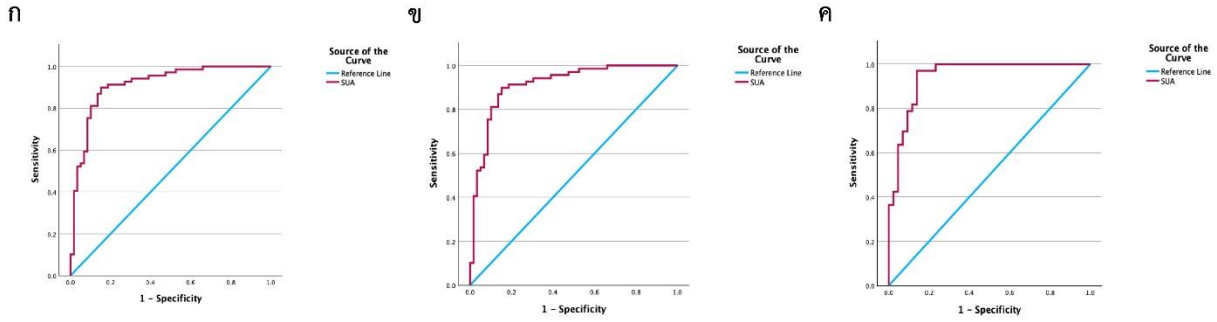
จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ คลินิกเวชกรรมแห่งหนึ่งในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร จำนวน 204 ราย โดยมีลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 204 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.7 และเพศชายร้อยละ 37.3 อายุเฉลี่ย 62.12±10.74 ปี โดยมีอายุน้อยสุด 25 ปี และอายุมากสุด 90 ปี

เมื่อพิจารณาค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการจำแนกภาวะก่อนเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับร้อยละ 5.59±0.43 โดยมีค่าต่ำสุดที่ร้อยละ 4.80 และค่าสูงสุดที่ร้อยละ 6.40 ส่วนค่าระดับกรดยูริกในเลือด (SUA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย SUA เท่ากับ 6.95±2.05 มก./ดล. โดยมีค่าต่ำสุด 2.67 มก./ดล. และค่าสูงสุด 12.54 มก./ดล.

ระดับกรดยูริกในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มก่อนเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับกรดยูริกเท่ากับ 8.36±1.55 มก./ดล. สูงกว่ากลุ่มปกติ (5.55±1.45 มก./ดล.) อย่างชัดเจน โดยค่ามัธยฐานในกลุ่มก่อนเบาหวานเท่ากับ 8.39 มก./ดล. ซึ่งสูงกว่ากลุ่มปกติที่มีค่ามัธยฐาน 5.37 มก./ดล. นอกจากนี้ค่าต่ำสุดของกลุ่มก่อนเบาหวาน (4.74 มก./ดล.) ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มปกติ (2.67 มก./ดล.) เช่นเดียวกับค่าสูงสุดของกลุ่มก่อนเบาหวาน (12.54 มก./ดล.) ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มปกติ (10.04 มก./ดล.)

2. ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการคัดกรอง (Diagnostic Accuracy Analysis)

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระดับกรดยูริกในเลือด (SUA) ในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวาน โดยใช้ ROC curve เปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานคือระดับ HbA1c โดยจำแนกตามเพศ ดังแสดงในภาพที่ 2 และตารางที่ 1



ภาพที่ 2 เส้นโค้ง ROC ของระดับกรดยูริกในกระแสเลือดสำหรับการประสิทธิภาพในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานในประชากรรวม (หญิงและชาย) (ก) เพศหญิง (ข) และเพศชาย (ค)

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของระดับกรดยูริกในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานจำแนกตามเพศ

กลุ่มประชากร	AUC (95%CI)	จุดตัด (มก./ดล.)	ความไว (%)	ความจำเพาะ (%)	*p*-value
ประชากรรวม (หญิงและชาย)	0.91 (0.87-0.95)	6.60	93.1	81.4	<0.001
เพศหญิง	0.91 (0.86-0.96)	6.60	89.9	84.7	<0.001
เพศชาย	0.94 (0.89-0.99)	7.00	97.0	86.0	<0.001

ในประชากรรวมทั้งหมด 204 ราย พบว่าระดับกรดยูริกในเลือดมีค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง ROC (AUC) เท่ากับ 0.91 (95% CI: 0.87–0.95) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยที่จุดตัดอยู่ที่ 6.60 มก./ดล. สามารถตรวจพบผู้ป่วยในกลุ่มก่อนเบาหวานได้ถูกต้อง (ความไว) ร้อยละ 93.1 และระบุผู้ที่ไม่เป็นโรคได้ถูกต้อง (ความจำเพาะ) ร้อยละ 81.4

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ในเพศหญิงระดับกรดยูริกมีค่า AUC เท่ากับ 0.91 (95% CI: 0.86–0.96) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยจุดตัดอยู่ที่ 6.60 มก./ดล. ให้ค่าความไว ร้อยละ 89.9 และความจำเพาะ ร้อยละ 84.7 ในขณะที่เพศชายระดับกรดยูริกมีประสิทธิภาพในการคัดกรองสูงที่สุดในสามกลุ่ม โดยมีค่า AUC เท่ากับ 0.94 (95% CI: 0.89–0.99) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จุดตัดอยู่ที่ 7.00 มก./ดล. ซึ่งสูงกว่าในเพศหญิงและประชากรรวม ที่จุดตัดดังกล่าวให้ค่าความไวสูงถึงร้อยละ 97.0 และความจำเพาะร้อยละ 86.0

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่มีภาวะก่อนเบาหวานมีระดับกรดยูริกในเลือดเฉลี่ย (8.36±1.55 มก./ดล.) สูงกว่ากลุ่มปกติ (5.55±1.45 มก./ดล.) อย่างชัดเจน ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับกรดยูริกกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c และ FBS) และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม[8,9] รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Shen และคณะ (2024) ที่พบว่าระดับกรดยูริกที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความชุกของภาวะก่อนเบาหวาน (OR = 1.378)[10] และการศึกษาวิเคราะห์อภิมานพบว่าระดับกรดยูริกที่เพิ่มขึ้นทุก 1 มก./ดล. สัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 (RR 1.06)[11] ความสัมพันธ์ดังกล่าวอธิบายได้โดยกลไกทางพยาธิสรีรวิทยา กล่าวคือ ระดับกรดยูริกที่สูงขึ้นก่อให้เกิด oxidative stress และการอักเสบระดับต่ำ (low-grade inflammation) ส่งผลเสียต่อการทำงานของเซลล์ตับอ่อน ลดการหลั่งอินซูลิน และนำไปสู่ภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance)[9,10,11,12]

ในการประเมินประสิทธิภาพการคัดกรอง พบว่าระดับกรดยูริกมีค่า AUC ในประชากรรวมเท่ากับ 0.91 (95% CI: 0.87–0.95, p < 0.001) ซึ่งจัดอยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยมีจุดตัด 6.60 มก./ดล. ให้ความไว 93.1% และความจำเพาะ 81.4% สอดคล้องกับการศึกษาของ He และคณะ (2025) ที่พบว่าระดับกรดยูริกที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการดำเนินไปสู่โรคเบาหวานในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (OR = 1.182)[13] ในประชากรเพศหญิง พบว่า มีค่า AUC = 0.91 (95% CI: 0.86–0.96, p < 0.001) ที่จุดตัด 6.60 มก./ดล. ให้ความไวร้อยละ 89.9 และความจำเพาะร้อยละ 84.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประชากรไทยที่พบว่าระดับกรดยูริกในเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในกลุ่มผู้หญิงเช่นเดียวกัน[9,14] ในประชากรเพศชาย พบว่า AUC = 0.94 (95% CI: 0.89–0.99, p < 0.001) ที่จุดตัด 7.00 มก./ดล. ให้ความไวร้อยละ 97.0 และความจำเพาะร้อยละ 86.0 ซึ่งถือเป็นประสิทธิภาพสูงสุดในทั้งสามกลุ่ม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Shen และคณะ (2024) ที่พบว่าระดับกรดยูริกมีความสัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานในเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.328, 95% CI: 1.272–1.386 ในเพศชาย เทียบกับ OR = 1.184, 95% CI: 1.122–1.249 ในเพศหญิง, $p<0.001$)[10] และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าเพศชายเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะกรดยูริกในเลือดสูง[15]

ความแตกต่างทางเพศและประสิทธิภาพในการคัดกรองของระดับกรดยูริกในเลือด พบว่าจุดตัดของระดับกรดยูริกในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานมีความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน โดยเพศชายมีจุดตัดที่ 7.00 มก./ดล. (AUC=0.94) สูงกว่าเพศหญิงที่ 6.60 มก./ดล. (AUC=0.91) สะท้อนให้เห็นว่าระดับกรดยูริกในเลือดเป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีความแม่นยำมากกว่าในกลุ่มประชากรเพศชาย ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่าเพศชายมีระดับกรดยูริกสูงกว่าและมีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางเมตาบอลิกมากกว่าเพศหญิง[15] ความแตกต่างของจุดตัดระหว่างเพศอธิบายได้ด้วยฤทธิ์ของฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงที่เพิ่มการขับกรดยูริกทางไต ทำให้เพศหญิงมีระดับกรดยูริกพื้นฐานต่ำกว่าเพศชาย[16] การใช้จุดตัดเดียวกันสำหรับทั้งสองเพศจึงอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการจำแนกกลุ่มเสี่ยง การศึกษาเชิงวินิจฉัยจึงมีความจำเป็นในการกำหนดจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับประชากรแต่ละกลุ่ม[17,18] นอกจากนี้ระดับกรดยูริกที่เพิ่มขึ้นทุก 1 มก./ดล. สัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 (RR 1.06)[11]สนับสนุนว่าระดับกรดยูริกที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถใช้ในการพยากรณ์โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

ระดับกรดยูริกในเลือดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะก่อนเบาหวาน และระดับกรดยูริกในเลือดมีประสิทธิภาพในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานในเพศชาย (AUC=0.94) สูงกว่าในเพศหญิง (AUC=0.91) และมีจุดตัดที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (เพศชาย 7.00 มก./ดล. เทียบกับเพศหญิง 6.60 มก./ดล.) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการใช้จุดตัดเฉพาะเพศ เพื่อให้ได้ความไวและความจำเพาะที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการนำไปใช้ทางคลินิก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่าระดับกรดยูริกในเลือดมีประสิทธิภาพในการทำนายภาวะก่อนเบาหวานอย่างแม่นยำ จึงสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง (validated screening tool) ได้ โดยเครื่องมือดังกล่าวมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นตัวทำนายทางคลินิก (clinical predictor) สำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรเสี่ยงต่อไป อย่างไรก็ตามเพื่อให้การคัดกรองมีความแม่นยำยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการวิจัยเชิงวินิจฉัยและคัดกรอง (diagnostic screening research) โดยเฉพาะการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) ในประชากรไทยที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและตรวจสอบความถูกต้องของจุดตัดที่พบ รวมถึงพัฒนาแบบจำลองทำนายพหุปัจจัย (multivariate prediction model) ที่เพิ่มตัวแปรอื่น เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด และประวัติครอบครัว ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมประยุกต์สำหรับการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Tabak AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimaki M.(2012). Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. Lancet. 2012;379(9833):2279-90.
2. Huang Y, Cai X, Mai W, Li M, Hu Y.(2016). Association between prediabetes and risk of cardiovascular disease and all cause mortality: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2016;355:i5953.
3. DECODE Study Group, the European Diabetes Epidemiology Group.(2001). Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. Arch Intern Med. 2001;161(3):397-405.
4. Richter B, Hemmingsen B, Metzendorf MI, Takwoingi Y.(2018). Development of type 2 diabetes mellitus in people with intermediate hyperglycaemia. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10(10):CD012661.
5. Bhole V, Choi JWJ, Woo Kim S, de Vera M, Choi H.(2010). Serum uric acid levels and the risk of type 2 diabetes: a prospective study. Am J Med. 2010;123(10):957-61.
6. Muiesan ML, Agabiti-Rosei C, Paini A, Salvetti M.(2016). Uric acid and cardiovascular disease: an update. Eur Cardiol. 2016;11(1):54-9.
7. พรสิทธิ์ พันธุ์พานิช, ธาตรี โบสิทธิพิเชฏฐ์, ธนกมณ ลีศรี.(2565). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;9(16):251-64.
8. อัญชลี คันธานนท์.(2561). ความสัมพันธ์ของระดับกรดยูริกในเลือดกับผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในอาชีพตำรวจจังหวัดพังงา. วารสารการแพทย์เขต 11. 2561;32(4):1345-56.
9. ยงยุทธ มัยลาภ.(2563). ความสัมพันธ์ของระดับกรดยูริกในเลือดที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ค่าไขมันรวมในเลือด ค่าการทำงานของไต และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ของพนักงานโรงพยาบาลพญาไท นวมินทร์ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 2563 [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2564.

10. Shen K, Huang Y, Zhang J, Chen L, Cai X, Pan J, et al.(2024). Association between serum uric acid and prediabetes in a normal Chinese population: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2024;103(48):e40544.
11. Basnet TB, Du S, Feng R, Gao J, Gong J, Ye W.(2023). Fatty liver mediates the association of hyperuricemia with prediabetes and diabetes: a weighting-based mediation analysis. Front Endocrinol. 2023;14:1133515.
12. Xu YL, Xu KF, Bai JL, Liu Y, Yu RB, Liu CL, Shen C, Wu XH.(2016). Elevation of serum uric acid and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Chronic Dis Transl Med. 2016;2(2):81-91.
13. He Y, Ye M, Xia Y, Zhong Z, Li Q.(2025). Serum uric acid and prediabetes progression and regression: a retrospective cohort study. Postgrad Med J. 2025;101(1196):553-562.
14. Anothaisintawee T, Lertrattananon D, Thamakaison S, Thaikla K, Ongphiphadhanakul B, Reutrakul S.(2017). Direct and indirect effects of serum uric acid on blood sugar levels in patients with prediabetes: a mediation analysis. J Diabetes Res. 2017;2017:6830671.
15. Suwanchatchai C, Khuancharee K, Tanunyutthawongse C, Wannaiampikul S, Haetanurak P.(2024). Gender-specific differences in prevalence and association of cardio-metabolic parameters and hyperuricemia: a population-based cross-sectional study, nakhon nayok, Thailand. Iran J Public Health. 2024;53(6):1361-71.
16. Suwanchatchai C, Khuancharee K, Tanunyutthawongse C, Wannaiampikul S.(2023). Sex difference in the prevalence and associations among hyperuricemia adults in rural Thailand: a population-based cross-sectional study. Research Square Platform LLC. 2023;1-16.
17. Bolognesi A, Bortolotti M, Battelli MG, Polito L.(2024). Gender influence on XOR activities and related pathologies: a narrative review. Antioxidants. 2024;13(2):211.
18. Cheng Z, Zheng T, Zhang D, Yang J, Hu X, Yin C, Ren X, Li J, Shi D, Li N, Zheng S, Wang M, Bai Y.(2021). High-level uric acid in asymptomatic hyperuricemia could be an isolated risk factor of cardio cerebrovascular diseases: A prospective cohort study. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2021;31(12):3415-25.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

Risk Factors for Preterm Birth among Pregnant Women Delivering at Tha Song Yang Hospital, Tak Province.

(Received: June 11,2026 ; Revised: June 14,2026 ; Accepted: June 17,2026)

ณัฏฐณิชา เขียวณรงค์[1]
Natthanicha Khiaonarong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 308 ราย แบ่งเป็นกลุ่มกรณี (คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) จำนวน 103 ราย และกลุ่มควบคุม (คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) จำนวน 205 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยและสมุดฝากครรภ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2568 ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะปากมดลูกสั้น (aOR = 4.57, 95% CI: 2.15-9.72) ประวัติการเคยคลอดก่อนกำหนด (aOR = 4.25, 95% CI: 1.85-9.76) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (aOR = 2.68, 95% CI: 1.15-6.24) การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ (aOR = 2.34, 95% CI: 1.30-4.21) และการฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ (aOR = 2.10, 95% CI: 1.25-3.52)

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยง การฝากครรภ์ พื้นที่ชายแดน

Abstract

This survey research by Retrospective study aimed to investigate the risk factors associated with preterm birth among pregnant women delivering at Tha Song Yang Hospital, Tak Province. A total of 308 participants were included, divided into a case group (gestational age < 37 weeks) of 103 women and a control group (gestational age ≥ 37 weeks) of 205 women. Data were retrospectively collected from medical records and antenatal care (ANC) booklets between 2022 and 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Multiple Logistic Regression at a significance level of 0.05.

The results revealed five independent risk factors significantly associated with preterm birth: short cervix (aOR = 4.57, 95% CI: 2.15-9.72), a history of previous preterm birth (aOR = 4.25, 95% CI: 1.85-9.76), hypertensive disorders in pregnancy (aOR = 2.68, 95% CI: 1.15-6.24), infections during pregnancy (aOR = 2.34, 95% CI: 1.30-4.21), and inadequate ANC visits (aOR = 2.10, 95% CI: 1.25-3.52).

Keywords: Preterm birth, Risk factors, Antenatal care, Border area

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด หรือการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์เต็ม ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุชั้นนำของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 มีประมาณการว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดมากถึง 13.4 ล้านคน ซึ่งสร้างภาระต่อระบบบริการสุขภาพและส่งผลกระทบระยะยาวต่อพัฒนาการของเด็ก[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดย

[1] นายแพทย์ชำนาญการ ประจำกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

มีรายงานจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิบางแห่งพบอัตราสูงถึงร้อยละ 10.8[2] สำหรับสถานการณ์ในโรงพยาบาลท่าสองยาง จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 4 ปี (พ.ศ. 2565-2568) พบจำนวนการคลอดเฉลี่ย 1,119 รายต่อปี โดยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 6.9 ซึ่งสะท้อนถึงภาระปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การคลอดก่อนกำหนดมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและสังคมของมารดา (เช่น อายุ สถานะทางเศรษฐกิจ) ปัจจัยด้านประวัติทางสูติกรรม (เช่น การเคยคลอดก่อนกำหนด) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง และการติดเชื้อ) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต และภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์[4,5] รวมถึงการฝากครรภ์ที่ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ขาดโอกาสในการคัดกรองและจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างทันท่วงที[6]

บริบทของโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่บนพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา มีความท้าทายที่ซับซ้อน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ที่เป็นเทือกเขาสูงและการคมนาคมที่ยากลำบาก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องของการฝากครรภ์[7] นอกจากนี้ ประชากรในพื้นที่ยังมีความหลากหลายสูง ประกอบด้วยชาวไทย กลุ่มชาติพันธุ์ ประชากรข้ามชาติ และผู้หนีภัยจากการสู้รบ ซึ่งมักเผชิญกำแพงด้านภาษา ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และสถานะทางกฎหมาย ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับบริการสุขภาพ[8,9] แม้จะมีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยอยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่มักทำในระดับตติยภูมิหรือเขตเมือง ทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทเฉพาะของพื้นที่ชายแดน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเชิงรุกต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านประวัติทางสูติกรรม และปัจจัยด้านภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ กับการคลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by Retrospective study)

ในรูปแบบกรณีศึกษามีกลุ่มควบคุม (Case-control study) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านประวัติทางสูติกรรม ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่มีอยู่แล้วในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถลดอคติจากการสูญหายระหว่างการติดตามตัวผู้ป่วย (Loss to follow-up bias) และข้อจำกัดด้านเวลาในการรอให้เกิดผลลัพธ์การคลอด ทำให้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ทุกสัญชาติที่มารับบริการคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ในช่วงเวลาดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดขนาดโดยใช้สูตรการคำนวณทางระบาดวิทยา กำหนดอัตราส่วนกลุ่มกรณีต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1:2 และเผื่อการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำรวม 308 ราย แบ่งเป็นกลุ่มกรณี (หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) จำนวน 103 ราย และกลุ่มควบคุม (หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) จำนวน 205 ราย เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว และมีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วน ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ครรภ์แฝด ทารกมีความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง หรือกรณีถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลอื่นขณะเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดแล้ว

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและสมุดฝากครรภ์ ประกอบด้วยตัวแปร 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากรและสังคม 2) ปัจจัยด้านประวัติทางสูติกรรม 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ภาวะโภชนาการ และจิตสังคม

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยหลักเพียงผู้เดียว โดยการทบทวนและบันทึกข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดลงในแบบบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ การบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนตัวบุคคล (Study ID) เพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลและรักษาความลับของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยจะไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือเลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) ในไฟล์ข้อมูลที่จะนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบค่าที (Independent t-test) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับการคลอดก่อนกำหนด จากนั้นนำตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดโดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน และนำเสนอผลในรูปของค่าอัตราส่วนออดส์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Odds Ratio: aOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2568 ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 308 ราย แบ่งเป็นกลุ่มกรณี (หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) จำนวน 103 ราย และกลุ่มควบคุม (หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) จำนวน 205 ราย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 25.8 ปี (SD = 6.4) โดยอายุน้อยที่สุดคือ 13 ปี และมากที่สุด 50 ปี เมื่อจำแนกตามสัญชาติพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไร้สัญชาติและสัญชาติเมียนมา ร้อยละ 53.9 และสัญชาติไทย ร้อยละ 46.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มไม่ได้ศึกษาและ

ประถมศึกษา ร้อยละ 68.5 ประกอบอาชีพทำไร่และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 72.1 และใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพต่างด้าวหรือบุคคลมีปัญหาสถานะทางสิทธิ ร้อยละ 49.3 ด้านประวัติทางสูติกรรม พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือครั้งที่สอง มีอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 14.5 สัปดาห์ และมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง (ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์) ร้อยละ 35.4 นอกจากนี้ยังพบหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการฝากครรภ์เลย (No ANC) จำนวน 15 ราย สำหรับด้านสุขภาพและพฤติกรรมของมารดา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ (เช่น หอบหืด โรคหัวใจ ธาลัสซีเมีย) ร้อยละ 7.8 ตรวจพบภาวะปากมดลูกสั้น ร้อยละ 13.9 และมีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยอยู่ที่ 26.2 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 4.1) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพและจิตสังคม พบว่ามารดาส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ โดยพบผู้ที่มีภาวะความเครียดและซึมเศร้า (MDD/Anxiety) คิดเป็นร้อยละ 3.2

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Bivariate Analysis)

เมื่อนำปัจจัยด้านประชากร สังคม และสูติกรรมมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ สัญชาติ (ไร้สัญชาติ/ต่างด้าว) ($p = 0.021$), ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ($p = 0.001$), ภาวะปากมดลูกสั้น ($p = 0.001$), จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่น้อยกว่า 5 ครั้ง ($p = 0.003$), ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ($p = 0.015$), ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ($p = 0.008$), และการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ ($p = 0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มกรณีและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มกรณี (n = 103) จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม (n = 205) จำนวน (%)	p-value
สัญชาติ			0.021*
ไทย	38 (36.9)	104 (50.7)	
ไร้สัญชาติ / ต่างด้าว / ชาติพันธุ์	65 (63.1)	101 (49.3)	
การฝากครรภ์ (ANC)			0.003*
ครบเกณฑ์ (≥ 5 ครั้ง)	48 (46.6)	151 (73.6)	
- ไม่ครบเกณฑ์ (< 5 ครั้ง หรือ No ANC)	55 (53.4)	54 (26.4)	
ประวัติคลอดก่อนกำหนด			0.001*
- ไม่เคย	82 (79.6)	196 (95.6)	
- เคย	21 (20.4)	9 (4.4)	
ภาวะปากมดลูกสั้น			0.001*
ไม่มี	70 (68.0)	195 (95.1)	
มี	33 (32.0)	10 (4.9)	
ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์			0.015*
ไม่มี	60 (58.3)	145 (70.7)	
มี	43 (41.7)	60 (29.3)	
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์			0.008*
ไม่มี	88 (85.4)	192 (93.7)	
มี	15 (14.6)	13 (6.3)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มกรณีและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มกรณี (n = 103) จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม (n = 205) จำนวน (%)	p-value
การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์			0.004*
ไม่มี	75 (72.8)	175 (85.4)	
มี	*28 (27.2)*	*30 (14.6)*	

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

3. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Multivariate Analysis)

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว เข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Enter เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน (Confounding factors) ผลการวิเคราะห์พบว่า มี 5 ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่

1) ภาวะปากมดลูกสั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปากมดลูกสั้น มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 4.57 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความยาวปากมดลูกปกติ (aOR = 4.57, 95% CI: 2.15-9.72, p = 0.001)

2) ประวัติการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด มีความเสี่ยงที่จะคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ปัจจุบันเป็น 4.25 เท่าของหญิงที่ไม่เคยมีประวัติ (aOR = 4.25, 95% CI: 1.85-9.76, p = 0.001)

3) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ (< 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์) มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 2.10 เท่าของหญิงที่ฝากครรภ์ครบเกณฑ์ (aOR = 2.10, 95% CI: 1.25-3.52, p = 0.005)

4) การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อร่วมด้วย มีความเสี่ยงเป็น 2.34 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อ (aOR = 2.34, 95% CI: 1.30-4.21, p = 0.004)

5) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 2.68 เท่า (aOR = 2.68, 95% CI: 1.15-6.24, p = 0.022) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression)

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	B	S.E.	Adjusted OR	95% CI	p-value
ภาวะปากมดลูกสั้น (มี)	1.52	0.38	4.57	2.15 - 9.72	0.001*
ประวัติคลอดก่อนกำหนด (เคย)	1.44	0.42	4.25	1.85 - 9.76	0.001*
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (มี)	0.98	0.43	2.68	1.15 - 6.24	0.022*
การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ (มี)	0.85	0.30	2.34	1.30 - 4.21	0.004*
การฝากครรภ์ (ไม่ครบเกณฑ์)	0.74	0.26	2.10	1.25 - 3.52	0.005*
สัญชาติ (ไร้สัญชาติ/ต่างด้าว)	0.38	0.27	1.46	0.86 - 2.48	0.158
ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ (มี)	0.31	0.26	1.36	0.81 - 2.29	0.237

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบย้อนหลังที่มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในบริบทของพื้นที่ชายแดน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพหุคูณ (Multivariate Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ภาวะปากมดลูกสั้น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด การฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายและเปรียบเทียบกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีขนาดความสัมพันธ์สูงสุดในการศึกษานี้ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งอเมริกา (ACOG)[10] และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Mitrogiannis และคณะ[4] ที่ระบุว่าประวัติสูติกรรมเดิมเป็นตัวทำนายที่แม่นยำที่สุดสำหรับการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่ว่า มารดาอาจมีความผิดปกติเชิงโครงสร้างของมดลูกหรือปากมดลูกแต่กำเนิด ภาวะปากมดลูกสั้น (Cervical insufficiency) หรือมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่ไวต่อการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสภาวะที่ยังคงอยู่และส่งผลต่อเนื่องมาถึงการตั้งครรภ์ในครรภ์ปัจจุบัน[11]

ภาวะปากมดลูกสั้น (Short cervix) ผลการศึกษาพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสูติศาสตร์จำนวนมากที่ระบุว่าความยาวของปากมดลูกที่สั้นกว่าปกติ เป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การที่ปากมดลูกสั้นลงจะทำให้สูญเสียกลไกการพยุงและการรักษาสภาพแวดล้อมที่ปลอดเชื้อในโพรงมดลูก ทำให้เชื้อแบคทีเรียจากช่องคลอดสามารถผ่านขึ้นไปสู่เยื่อหุ้มทารกได้ง่ายขึ้น นำไปสู่การอักเสบและการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนกำหนด (PPROM)[10,11] การตรวจพบภาวะนี้ในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองความยาวปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เพื่อพิจารณาให้การรักษาอย่างทันท่วงที

ความต่อเนื่องและความเพียงพอของการฝากครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน (น้อยกว่า 5 ครั้ง หรือไม่มีการฝากครรภ์เลย) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของตวงรัตนานนท์ และคณะ[12] ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของบริการฝากครรภ์ในการคัดกรองความเสี่ยง เมื่อพิจารณาในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลท่าสองยาง ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นเทือกเขาสูงและการคมนาคมยากลำบาก ประกอบกับประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์และประชากรข้ามชาติ ความยากลำบากในการเดินทาง (Distance barrier) และความเปราะบางทางสถานะบุคคล จึงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Steinbrook และคณะ[7] ที่ศึกษาในประชากรชายแดนไทย-เมียนมา การขาดการฝากครรภ์ทำให้มารดาเสียโอกาสในการได้รับยาบำรุงครรภ์ การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง และการประเมินความเสี่ยงเพื่อยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างทันท่วงที

การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ การศึกษานี้พบว่ามารดาที่มีภาวะติดเชื้อ (เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซิฟิลิส มาลาเรีย หรือโควิด-19) มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ[13] และ Prins และคณะ[14] กลไกทางชีวภาพอธิบายว่า เชื้อก่อโรคและสารชีวพิษ (Toxins) จะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของมารดาให้หลั่งสารอักเสบในกลุ่มไซโต

ไคน์ (Cytokines) และพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ซึ่งสารเหล่านี้มีฤทธิ์กระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวและทำให้ปากมดลูกเปิดนำไปสู่ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (PPROM) และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในที่สุด โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเปราะบางที่อาจมีสุขอนามัยพื้นฐานไม่เพียงพอ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ซ่อนเร้นได้ง่ายขึ้น

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบในการศึกษานี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นครกลัด และชาญชัย[6] รวมถึงการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช[15] ภาวะความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ล้วนส่งผลให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงรกเกิดการหดเกร็ง นำไปสู่ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) และภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (FGR) นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรงยังเป็นข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ทำให้สูติแพทย์จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (Iatrogenic preterm birth) เพื่อรักษาชีวิตของมารดาและทารก

ข้อโต้แย้งและข้อจำกัดของการศึกษา แม้การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวจะพบว่า สัญชาติ (กลุ่มไร้สัญชาติ/ต่างด้าว) และภาวะโลหิตจาง มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด แต่เมื่อควบคุมตัวแปรกวนในสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า "สัญชาติ" ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงทางชีววิทยา แต่เป็นปัจจัยทางสังคมที่แฝงมากับ "การขาดโอกาสในการฝากครรภ์" เมื่อนำปัจจัยด้านการฝากครรภ์เข้ามาร่วมวิเคราะห์ อิทธิพลของสัญชาติจึงลดลง สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นปัจจัยเสี่ยงได้เนื่องจากไม่พบพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มประชากรที่ศึกษา นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (Retrospective design) อาจมีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลบางประการ เช่น การประเมินภาวะความเครียด หรือดัชนีมวลกาย ที่อาจมีการบันทึกไว้ไม่ครบถ้วนบริบูรณ์ในสถานการณ์การปฏิบัติงานจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก ควรมีการจัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk pregnancy registry) โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถติดตามดูแลได้อย่างใกล้ชิด

2. การยกระดับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์สำหรับประชากรในพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มชาติพันธุ์ ควรส่งเสริมรูปแบบการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุกในชุมชน (Mobile ANC Clinic) หรือการบูรณาการความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประชากรข้ามชาติ (อสต.) ในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มารับบริการตามนัด

3. การคัดกรองการติดเชื้อตั้งแต่เนิ่น ๆ ควรเน้นย้ำมาตรฐานการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมาลาเรีย ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อเจาะลึกถึงอุปสรรคทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และปัญหาทางเศรษฐฐานะที่เป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ หากเป็นไปได้ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และภาวะโภชนาการที่แม่นยำและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าสองยาง ที่ให้ความอนุเคราะห์และอนุมัติให้เข้าถึงฐานข้อมูลเวชระเบียนเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ที่ได้พิจารณาและให้การรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน และบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลท่าสองยางทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการค้นคว้าและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดียิ่ง ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยและหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่เป็นเจ้าของข้อมูล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้สร้างองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ชายแดนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al.(2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: A systematic analysis. The Lancet 2023; 402(10410): 1261-1271.
2. คงปูน ก, ไชยราช ส.(2564). The incidence and risk factors for preterm delivery in Northeast Thailand. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2564; 29(2): 100-111.
3. โรงพยาบาลท่าสองยาง.(2568). รายงานสถิติการคลอดและการคลอดก่อนกำหนด งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก พ.ศ. 2565–2568. ตาก: โรงพยาบาลท่าสองยาง; 2568.
4. Mitrogiannis L, Stachtari C, Grammatikopoulou MG, Goulis DG, Gkiouras K.(2023). Risk factors for preterm birth: An umbrella review of meta-analyses of observational studies. BMJ Open 2023; 13(12): e074349.
5. มนกงไผ่ ส.(2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลอรัญประเทศ. วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร 2567; 40(3).
6. นครกลัด ร, ชาญชัย ว.(2567). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2567; 18(2): 88-100.
7. Steinbrook E, Min MC, Kajeechiwa L, Wiladphaingern J, Paw MK, Pimanpanarak M, et al.(2021). Distance matters: Barriers to antenatal care and safe childbirth in a migrant population on the Thailand-Myanmar border from 2007 to 2015, a pregnancy cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2021; 21(1): 802.
8. บุญลือ อ.(2564). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในการฝากครรภ์และการคลอดในโรงพยาบาลชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 3(1): 50-61.
9. Tschirhart N, Jiraporncharoen W, Angkurawaranon C, Hashmi A, Hla S, Nosten S, et al.(2023). Giving birth on the way to the clinic: Undocumented migrant women's perceptions and experiences of maternal healthcare accessibility along the Thailand–Myanmar border. Reproductive Health 2023; 20(1): 178.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists.(2021). Prediction and prevention of spontaneous preterm birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. Obstetrics & Gynecology 2021; 138(2): e65-e90.
11. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2567). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) และการดูแลรักษาภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Management of Preterm Labor and PPROM). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2567.
12. ตวงรัตนานนท์ ฐ, ว่างนิรันดร์กูล ม, สำราญสงเคราะห์ จ.(2565). การวิเคราะห์สถานการณ์บริการฝากครรภ์ในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565; 16(2): 109-131.

13. Wang Y, Xue H, Wang W, Wang Z, Zhang Y.(2024). Urinary tract infections and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2024; 24(1): 693.
14. Prins TJ, Watthanaworawit W, Gilder ME, Tun NW, Min AM, Naing MP, et al.(2024). COVID-19 pandemic, pregnancy care, perinatal outcomes in Eastern Myanmar and North-Western Thailand: A retrospective marginalised population cohort. BMC Pregnancy and Childbirth 2024; 24(1): 637.
15. อุดนัน ก.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารเวชศึกษาคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2565; 6(2): 41-54.

ประสิทธิผลของสารสกัดจากส้มสีแดง (REDORY™) ในการลดการเกิดรอยดำจากรังสี UVB

The Effectiveness of Red Orange Extract (REDORY™) in Reducing UVB-Induced Hyperpigmentation.

(Received: June 11,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

สราชล พาเรือง[1] ปองศิริ คุณงาม[2]
SARACHON PARUANG[1] PONGSIRI KOONNGAM[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกแบบ randomized controlled trial)double-blind อาสาสมัครไทยจำนวน (20 คน อาสาสมัครได้รับ REDORY™ Facial Serum และเซรั่มหลอกบริเวณต้นแขนด้านในต่อเนื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์ก่อนการฉายรังสี UVB และติดตามผลที่สัปดาห์ที่ 0, 3, 4 และ 7 ประเมินผลด้วยเครื่อง Colorimeter สำหรับค่าความสว่างของผิว และเครื่อง Mexameter สำหรับค่า Melanin index และ Erythema index วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Linear mixed effects models

ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกค่าพารามิเตอร์และช่วงเวลา)p > 0.05) เมื่อพิจารณาภายในกลุ่มเซรั่มทดลองพบว่า ในสัปดาห์ที่ 3 ค่า Colorimeter เพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ 0 อย่างมีนัยสำคัญ)p < 0.001) หลังฉายรังสี UVB ในสัปดาห์ที่ 4 ค่า Colorimeter ลดลง)p = 0.029) ขณะที่ค่า Melanin index และค่า Erythema index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ)p<0.001 p = 0.001) ตามลำดับ และในสัปดาห์ที่ 7 ทั้ง 3 ค่ามีระดับสูงกว่าสัปดาห์ที่ 3 โดยค่า Colorimeter ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนค่า Melanin index และค่า Erythema index แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p= 0.009 p = 0.017) ตามลำดับ ในส่วนของเซรั่มหลอกผลลัพธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

คำสำคัญ: สารสกัดส้มสีแดง REDORY™ รังสี UVB Hyperpigmentation Melanin index

Abstract

This study was a randomized controlled clinical trial with participant and evaluator blinding (double-blind) involving 20 Thai volunteers. The volunteers received REDORY™ Facial Serum and a placebo serum on the inner upper arm continuously for three weeks before UVB irradiation and were followed up at weeks 0, 3, 4, and 7. The assessment tools included a Colorimeter for measuring skin lightness and a Mexameter for measuring the Melanin index and Erythema index. Data were analyzed using linear mixed-effects models.

The between-group comparison showed no statistically significant differences in all parameters at all time points (p > 0.05). Within the REDORY™ Facial Serum group, at week 3, the Colorimeter value increased significantly compared with week 0 (p < 0.001). After UVB irradiation, at week 4, the Colorimeter value decreased significantly (p = 0.029), while the Melanin index and Erythema index increased significantly (p < 0.001 and p = 0.001, respectively). At week 7, all three parameters remained higher than those at week 3. The Colorimeter value did not show a statistically significant difference, whereas the Melanin index and Erythema index showed statistically significant differences (p = 0.009 and p = 0.017, respectively). In the placebo serum group, the results were consistent in the same direction across all three parameters.

Keywords: red orange extract, REDORY™, UVB radiation, hyperpigmentation, Melanin index

[1] นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] แพทย์หญิง อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร สาขาเวชศาสตร์ความงาม และอาจารย์ที่ปรึกษา
Corresponding author: sarachon.svsinnotech@gmail.com

บทนำ

รังสีอัลตราไวโอเลต)UV) เป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายของผิวหนังและการเปลี่ยนแปลงของเม็ดสีผิว การได้รับรังสี UV สามารถกระตุ้นการทำงานของเซลล์สร้างเม็ดสี)melanocytes) และก่อให้เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน)oxidative stress) ผ่านการเพิ่มขึ้นของอนุมูลอิสระ)Reactive Oxygen Species: ROS) ซึ่งมีส่วนกระตุ้นกระบวนการสร้างเม็ดสีเมลานิน (melanogenesis) และนำไปสู่การเกิดรอยดำหรือภาวะสีผิวเข้มขึ้น)hyperpigmentation) นอกจากนี้ การได้รับรังสี UV อย่างต่อเนื่องยังเกี่ยวข้องกับการอักเสบของผิวหนัง การเสื่อมของผิวจากแสงแดด (photoaging) และความผิดปกติของผิวหนังในระยะยาว[1]

ปัจจุบันสารต้านอนุมูลอิสระจากธรรมชาติได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในการพัฒนาเป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์ดูแลผิว เนื่องจากสารสกัดจากธรรมชาติหลายชนิดมีศักยภาพในการลดผลกระทบของอนุมูลอิสระที่เกิดจากรังสี UV และอาจมีบทบาทสนับสนุนการปกป้องผิวจากความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับแสงแดด แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภคยุคใหม่ที่ให้ความสำคัญกับผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ ความปลอดภัย และการดูแลสุขภาพผิวอย่างเป็นองค์รวม[2,3]

สารสกัดจากส้มสีแดง)Red Orange Extract) หรือ REDORY™ เป็นสารสกัดธรรมชาติที่อุดมด้วยสารสำคัญกลุ่มแอนโทไซยานิน ฟลาโวนอยด์[9] และสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งมีคุณสมบัติในการลด oxidative stress ลดการอักเสบ และช่วยปกป้องผิวจากรังสี UV แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสกัดส้มสีแดง (Red Orange Extract) ในการลดรอยดำ Hyperpigmentation อยู่แล้ว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบยังอยู่ในรูปแบบของการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือการศึกษาในระดับหลอดทดลอง ขณะที่งานวิจัยสารสกัดส้มสีแดงในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางโดยเฉพาะในรูปแบบเซรั่มยังพบว่า มีข้อมูลจำกัดอยู่ โดยเฉพาะในการศึกษาประสิทธิผลของสารดังกล่าวเพื่อประเมินความสามารถในการลดรอยดำที่เกิดจากรังสี UVB ในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของสารสกัดนี้เมื่อถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความสามารถในการลดรอยดำของผิวจากรังสี UVB การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการช่วยพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่สามารถลดการเกิดรอยดำที่เกิดจากรังสี UVB และเสริมสร้างสุขภาพและความงามของผิวหนังได้อย่างยั่งยืน[4]

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของสาร REDORY™ ในการลดการเกิดรอยดำที่เกิดจากรังสี UV
2. เพื่อศึกษาถึงผลข้างเคียงในการใช้สาร REDORY™
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้สาร REDORY™

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ทดลองทางคลินิกแบบ randomized controlled trial โดยมีการปิดบังผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ประเมิน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครเป็นประชากรไทย ไม่จำกัดเพศ อายุ 20–55 ปี มีลักษณะสีผิว Fitzpatrick skin type IV และไม่มีโรคผิวหนังบริเวณที่ทำการทดลอง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษาประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ทาผิวในการป้องกันรอยดำจากรังสี UVB โดยใช้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 32.00±4.86 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 35.06±5.07 กำหนดการทดสอบแบบ two-sided ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 ได้จำนวนอาสาสมัครขั้นต่ำ 17 คน และเมื่อเผื่อการสูญหายระหว่างการศึกษา จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย REDORY™ Facial Serum 1.1% และเซรั่มหลอกซึ่งมีลักษณะทางกายภาพใกล้เคียงกันแต่ไม่มีสารสกัด REDORY™ เครื่อง Colorimeter ใช้ประเมินค่าความสว่างของผิว เครื่อง Mexameter ใช้ประเมินค่า Melanin index และ Erythema index เพื่อสะท้อนความเข้มของเม็ดสีเมลานินและรอยแดงของผิว นอกจากนี้ใช้เครื่องฉายรังสี UVB กล้องถ่ายภาพ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบติดตามผลข้างเคียง เอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร

ขั้นตอนการวิจัย

กระบวนการเตรียมสารสกัด

นำสารสกัด REDORY™ ซึ่งเป็นสารสกัดส้มสีแดงรูปแบบผงสีแดง มาตรวจสอบเอกสารรับรองคุณภาพวัตถุดิบ โดยมีสารสำคัญ ได้แก่ anthocyanins 1.12%, hydroxycinnamic acids 1.02% และ flavanones 10.10% จากนั้นชั่งสารสกัดในสัดส่วน 1.1% เพื่อนำไปใช้เป็นสารสำคัญในสูตร REDORY™ Facial Serum

กระบวนการผลิต

เตรียมตำรับผลิตภัณฑ์ REDORY™ Facial Serum ดังตาราง 1 โดยเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบเซรั่มชนิดน้ำ เริ่มจากเตรียมวัฏภาคน้ำ (water base) โดยผสม Aqua (น้ำ DI water), Glycerin และ Propylene Glycol จากนั้นเติม Disodium EDTA และสารเพิ่มความหนืด ได้แก่ Hydroxyethylcellulose และ Carbomer พร้อมกวนด้วยเครื่องผสมจนกระจายตัวสม่ำเสมอ 10 นาที แล้วปรับค่าความเป็นกรดด่าง– และความหนืดด้วยTriethanolamine หลังจากนั้นเติมสารกันเสีย ได้แก่ Phenoxyethanol และ Chlorphenesin ร่วมกับ PEG-40 Hydrogenated Castor Oil เพื่อช่วยกระจายสารแต่งกลิ่นและส่วนประกอบอื่นในสูตร จากนั้นเติมสารสกัด REDORY™ หรือ Red Orange Extract ในปริมาณร้อยละ 1.1 โดยน้ำหนัก และกวนผสมจนได้เนื้อผลิตภัณฑ์ที่เป็นเนื้อเดียวกัน ก่อนเติม Fragrance และสี CI 19140 และ CI 14720 ตามตำรับ (ใบรับแจ้งเลขที่ 10-1-6800007781 ดังแสดงในภาพ1) ส่วนเซรั่มหลอกเตรียมด้วยกระบวนการเดียวกันแต่ไม่มีสารสกัด REDORY™ และปรับสี กลิ่น และลักษณะทางกายภาพให้ใกล้เคียงกับสูตรจริง

การประเมินคุณสมบัติของตำรับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง

1. ประเมินคุณสมบัติทางเคมี โดยทดสอบความเป็นกรด ด่าง โดยใช้–pHmeter แล้วบันทึกผล

2.ทดสอบความคงตัว นำผลิตภัณฑ์ REDORY™ Facial Serum ที่เตรียมไว้บรรจุในภาชนะบรรจุจริง แล้วประเมินความคงตัวเบื้องต้นภายใต้สภาวะอุณหภูมิแตกต่างกัน 3 สภาวะ ได้แก่ อุณหภูมิห้อง อุณหภูมิต่ำโดยเก็บในตู้เย็นประมาณ 0–4 องศาเซลเซียส และอุณหภูมิสูงโดยเก็บในตู้อบประมาณ 50 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 24 วัน จากนั้นประเมินลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ เนื้อผลิตภัณฑ์ สี กลิ่น การแยกชั้น และการรั่วซึมจากบรรจุภัณฑ์

3.ทดสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์กับอาสาสมัครทั้งหมด 20 คน โดยการทา REDORY™ Facial Serum บริเวณหน้าใบหูซ้ายขนาดตารางเซน 1 1ติมตร และทา เซรั่มหลอก บริเวณหน้าใบหูขวาขนาดตารางเซนติมตร ทิ้งไว้ นาที 15 หากมี ผื่น บวม แดง คัน ให้เช็ดออกทันที และคัดออกจากการเป็นอาสาสมัคร

การประเมินประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง

1. อาสาสมัครจำนวน 20 คน ได้รับการสุ่มแบบ block randomization เพื่อกำหนดด้านของต้นแขนด้านในที่ได้รับ REDORY™ Facial Serum และด้านที่ได้รับเซรั่มหลอก โดยแต่ละอาสาสมัครได้รับผลิตภัณฑ์ทั้ง 2 ชนิดคนละด้าน ดังแสดงในภาพ 2

2. ในสัปดาห์ที่ 0 ทำการบันทึกภาพบริเวณต้นแขนด้านในทั้งสองข้าง และประเมินค่าพื้นฐานของผิวด้วยเครื่อง Colorimeter สำหรับค่าความสว่างของผิว และเครื่อง Mexameter สำหรับค่า Melanin index และ Erythema index ดังแสดงในภาพ 2

3. อาสาสมัครทา REDORY™ Facial Serum และเซรั่มหลอกบริเวณต้นแขนด้านในตามด้านที่ได้รับ

การสุ่ม วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น เป็นระยะเวลา–3 สัปดาห์ก่อนการฉายรังสี UVB)ภาพ(2

4. ในสัปดาห์ที่ 3 ทำการบันทึกภาพและประเมินผิวซ้ำด้วยเครื่อง Colorimeter และ Mexameter เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของค่าความสว่างของผิว ค่า Melanin index และค่า Erythema index ก่อนการฉายรังสี UVB ดังแสดงในภาพ 2

5. หลังจากการประเมินในสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการกระตุ้นให้เกิดรอยดำด้วยการฉายรังสี UVB บริเวณต้นแขนด้านในทั้งสองข้างในตำแหน่งที่กำหนด ดังแสดงในภาพ 2

6. ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 7 ทำการติดตามผลโดยการบันทึกภาพ ประเมินค่าความสว่างของผิวด้วยเครื่อง Colorimeter และประเมินค่า Melanin index และ Erythema index ด้วยเครื่อง Mexameter พร้อมติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ ดังแสดงในภาพ 2

7. ในสัปดาห์ที่ 7 ซึ่งเป็นสิ้นสุดการทดลอง อาสาสมัครตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ REDORY™ Facial Serum และเซรั่มหลอก ดังแสดงในภาพ 2

สถิติที่ใช้

.1สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละสำหรับข้อมูลเพศและระดับความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับอายุและตัวแปรทางผิวหนัง ค่าความสว่าง) ค่า Melanin index และค่า Erythema index)

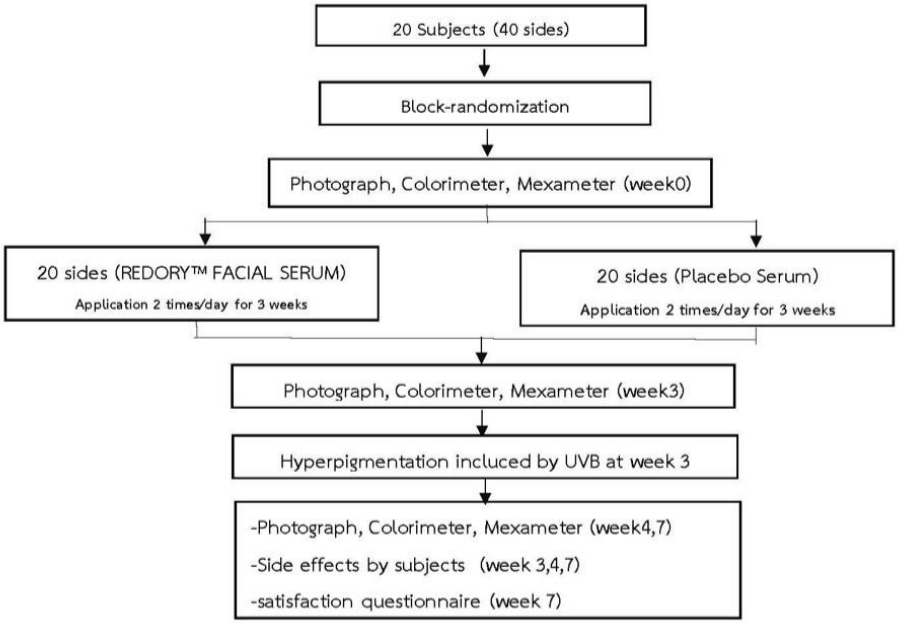
.2สถิติเชิงอนุมานใช้ Linear mixed effects models ในการเปรียบเทียบตัวแปรทางผิวหนังระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มตามช่วงเวลา และใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test ในการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทย์ บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ เลขที่ DPUHREC67/029FB

ลำดับ	ส่วนประกอบ	หน้าที่ของสาร	ปริมาณสารที่ใช้ (กรัม)
1	AQUA	SOLVENT	89.03
2	GLYCERIN	HUMECTANT	4.00
3	PROPYLENE GLYCOL	HUMACTANT	4.00
4	RED ORANGE EXTRACT	ANTI-OXIDANT	1.10
5	PHENOXYETHANOL	PRESERVATIVE	0.70
6	CHLORPHENESIN	PRESERVATIVE	0.30
7	HYDROXYETHYLCELLULOSE	THICKENER	0.20
8	CARBOMER	THICKENER	0.20
9	TRIETHANOLAMINE	PH ADJUSTER	0.20
10	DISODIUM EDTA	CHELATING AGENT	0.10
11	PEG-40 HYDROGENATED CASTOR OIL	SOLUBILIZER	0.10
12	FRAGRANCE	PERFUME	0.03
13	CI 19140	COLOR	0.03
14	CI 14720	COLOR	0.01
TOTAL			100.00

ภาพ 1 สูตร REDORY™ Facial Serum



ภาพ 2 Flow chart Diagram

ผลการวิจัย

อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 20 คน เป็นเพศหญิง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 และเพศชาย 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.4 ± 10.06 ปี ทั้งนี้ อาสาสมัครทุกคนเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

การประเมินประสิทธิผลดำเนินการโดยตรวจวัดค่าความสว่างของผิวด้วยเครื่อง Colorimeter ร่วมกับการวัดค่า Melanin index และค่า Erythema index ด้วยเครื่อง Mexameter บริเวณต้นแขนด้านในของอาสาสมัคร ภายหลังการทา REDORY™ Facial Serum เปรียบเทียบกับเซรั่มหลอก วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น เป็นเวลา–3 สัปดาห์ก่อนการฉายรังสี UVB และติดตามผลต่อเนื่องที่สัปดาห์ที่ 0 3 4 และ 7 โดยค่า Colorimeter ของผิวที่สูงขึ้นสะท้อนถึงความกระจ่างใสของผิวที่เพิ่มขึ้น

ขณะที่ค่า Melanin index และค่า Erythema index ที่สูงขึ้นสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของเม็ดสีเมลานินและรอยแดงของผิวหนังตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา พบว่าค่า Colorimeter ของผิว ค่า Melanin index และค่า Erythema index ระหว่างด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum และด้านที่ทาเซรั่มหลอก ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาที่ประเมิน)p-value > 0.05) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ค่า Colorimeter ของผิวในด้านที่ทา REDORY™ Facial Serumที่สัปดาห์ที่ 0, 3, 4 และ 7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.81±13.81 61.63±3.46 58.96±3.98 และ 59.74±3.79 ตามลำดับ ส่วนด้านที่ทาเซรั่มหลอกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.59±14.70 61.06±4.01 58.51±3.93 และ 58.48±3.76 ตามลำดับ โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.304 0.626 0.704 และ 0.288 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

สำหรับค่า Melanin index ในด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum ที่สัปดาห์ที่ 0 3 4 และ 7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 221.77±65.99 210.98±59.80 239.03±65.48 และ 232.15±56.48 ตามลำดับ ส่วนด้านที่ทาเซรั่มหลอกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 233.78±75.61 220.17±63.97 249.78±66.65 และ 243.03±59.46 ตามลำดับ โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.099 0.207 0.140 และ 0.135 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ค่า Erythema index ในด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum ที่สัปดาห์ที่ 0 3 4 และ 7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 162.65±68.95 155.42±80.17 194.80±64.49 และ

184.57±59.43 ตามลำดับ ส่วนด้านที่ทาเซรั่มหลอกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 177.12±81.46 168.63±69.62 215.65±53.45 และ 194.53±59.11 ตามลำดับ โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.214 0.256 0.073 และ 0.392 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยค่า Colorimeter, Melanin index *และ* Erythema index *ระหว่างกลุ่ม* REDORY™ Facial Serum *และเซรั่มหลอก* วิเคราะห์ข้อมูลโดย Linear mixed effects models (Random intercept & Random slope)

Visit	Week	ค่า Colorimeter $\bar{X} \pm SD$				Melanin index $\bar{X} \pm SD$				Erythema index $\bar{X} \pm SD$			
		REDORY™ Facial Serum	Placebo	p-value	95% CI	REDORY™ Facial Serum	Placebo	p-value	95% CI	REDORY™ Facial Serum	Placebo	p-value	95% CI
1	0	36.81±13.81	35.59±14.70	0.304	(-1.10, 3.53)	221.77±65.99	233.78±75.61	0.099	(-26.28, 2.25)	162.65±68.95	177.12±81.46	0.214	(-37.28, 8.34)
2	3	61.63±3.46	61.06±4.01	0.626	(-1.74, 2.89)	210.98±59.80	220.17±63.97	0.207	(-23.45, 5.08)	155.42±80.17	168.63±69.62	0.256	(-36.02, 9.60)
3	4	58.96±3.98	58.51±3.93	0.704	(-1.87, 2.77)	239.03±65.48	249.78±66.65	0.140	(-25.02, 3.52)	194.80±64.49	215.65±53.45	0.073	(-43.66, 1.96)
4	7	59.74±3.79	58.48±3.76	0.288	(-1.06, 3.57)	232.15±56.48	243.03±59.46	0.135	(-25.15, 3.38)	184.57±59.43	194.53±59.11	0.392	(-32.78, 12.85)

หมายเหตุ*: ข้อมูลแสดงเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm SD$). CI = confidence interval; REDORY™ Facial Serum = กลุ่มทดลอง; Placebo = กลุ่มเซรั่มหลอก. ค่า p-value และ 95% CI เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ในแต่ละช่วงเวลา*

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มตามช่วงเวลา พบรายละเอียดดังนี้ ค่า Colorimeter ของผิวในด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 0 โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ 24.83±1.50 (p-value<0.001 95% CI: 21.88, 27.78) ภายหลังการฉายรังสี UVB ในสัปดาห์ที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 3 โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ -2.68±1.22 (p-value=0.029 95% CI: -5.07, -0.28) และในสัปดาห์ที่ 7 มีค่าเฉลี่ยลดลงจากสัปดาห์ที่ 3 เท่ากับ -1.89 ± 1.71 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value=0.269) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ค่า Colorimeter ของผิวมีทิศทางเพิ่มขึ้น สำหรับด้านที่ทาเซรั่มหลอก พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ 25.47±1.50 (p-value<0.001 95% CI: 22.52 28.42) ภายหลังการฉายรังสี UVB ในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงจากสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ -2.55 ± 1.22 (p-value=0.037 95% CI: -4.94, -0.15) และในสัปดาห์ที่ 7 ยังคงมีค่าเฉลี่ยลดลงจากสัปดาห์ที่ 3 เท่ากับ -2.58±1.71 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value = 0.133) ดังแสดงในตาราง 2

ค่าMelanin index ในด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยลดลงจากสัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ -10.78 ± 7.77 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value = 0.165, 95% CI: -26.00, 4.44) ภายหลังการฉายรังสี UVB ในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 3 เท่ากับ 28.05±7.34 (p-value < 0.001, 95% CI: 13.67, 42.43) และในสัปดาห์ที่ 7 ยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ 21.17 ± 8.12 (p-value = 0.009, 95% CI: 5.24, 37.09) อย่างไรก็ตาม ค่า Melanin index ในสัปดาห์ที่ 7 มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 4 สำหรับด้านที่ทาเซรั่มหลอก พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ย

ลดลงจากสัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ -13.61 ± 7.77 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value = 0.080, 95% CI: -28.84, 1.61) ภายหลังการฉายรังสี UVB ในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 29.62 ± 7.33 (p-value < 0.001, 95% CI: 15.24, 43.99) และในสัปดาห์ที่ 7 ยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ 22.87 ± 8.12 (p-value = 0.005, 95% CI: 6.94, 38.79) ดังแสดงในตาราง 2

ค่าErythema index ในด้านที่ทา REDORY™ Facial Serumพบว่าในสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยลดลงจากสัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ -7.23 ± 11.95 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value = 0.545, 95% CI: -30.65, 16.19) ภายหลังการฉายรังสี UVB ในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 3 เท่ากับ 39.38 ± 11.67 (p-value = 0.001, 95% CI: 16.50, 62.27) และในสัปดาห์ที่ 7 ยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ 29.15 ± 12.19 (p-value = 0.017, 95% CI: 5.27, 53.04) สำหรับด้านที่ทาเซรั่มหลอก พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยลดลงจากสัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ -8.49 ± 11.95 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value = 0.477, 95% CI: -31.91, 14.93) ภายหลังการฉายรังสี UVB ในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 47.03 ± 11.67 (p-value < 0.001, 95% CI: 24.14, 69.91) และในสัปดาห์ที่ 7 ยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ 25.91 ± 12.19 (p-value = 0.034, 95% CI: 2.02, 49.79) ดังแสดงในตาราง 2

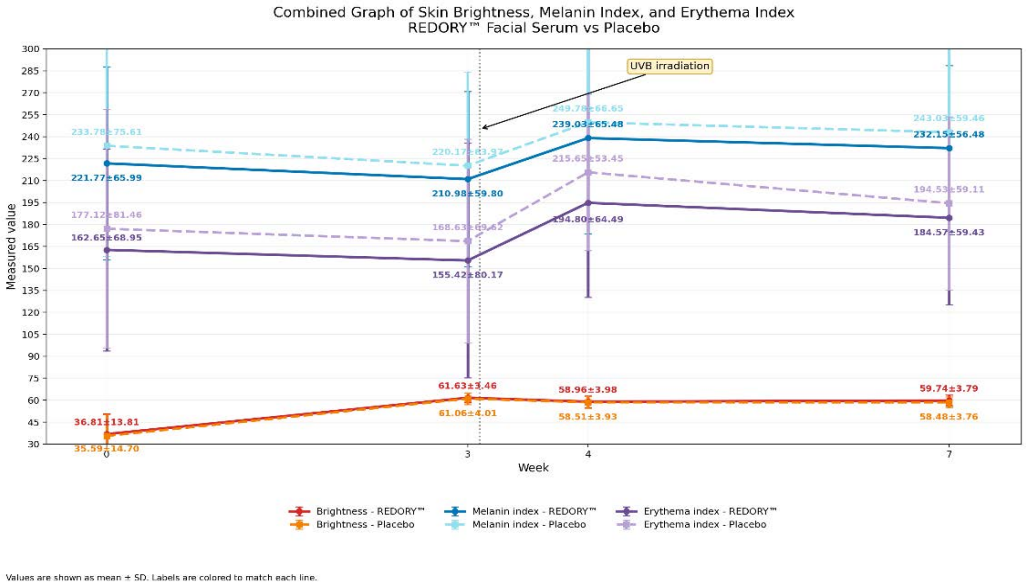
ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งหมด ค่าเฉลี่ยของผลต่าง ค่า Colorimeter **ค่า** Melanin index **และค่า** Erythema index ภายในกลุ่ม REDORY™ facial serum และเซรั่มหลอก ค่า p-value ค่า 95% CI ที่สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย 0,3,4,7Linear mixed effects models (Random intercept & Random slope)

กลุ่ม	Week	ค่า Colorimete			Melanin index			Erythema index		
		$\overline{X} \pm SD$	$\overline{D} \pm SD$	p-value (95% CI)	$\overline{X} \pm SD$	$\overline{D} \pm SD$	p-value (95% CI)	$\overline{X} \pm SD$	$\overline{D} \pm SD$	p-value (95% CI)
REDORY™ Facial Serum	0	36.81±13.81			221.77±65.99			162.65±68.95		
	3	61.63±3.46	24.83±1.50	<0.001* (21.88, 27.78)	210.98±59.80	-10.78±7.77	0.165 (-26.00, 4.44)	155.42±80.17	-7.23±11.95	0.545 (-30.65, 16.19)
	3	61.63±3.46			210.98±59.80			155.42±80.17		
	4	58.96±3.98	-2.68±1.22	0.029* (-5.07, -0.28)	239.03±65.48	28.05±7.34	<0.001* (13.67, 42.43)	194.80±64.49	39.38±11.67	0.001* (16.50, 62.27)
	7	59.74±3.79	-1.89±1.71	0.269 (-26.00, 4.44)	232.15±56.48	21.17±8.12	0.009* (5.24, 37.09)	184.57±59.43	29.15±12.19	0.017* (5.27, 53.04)
Placebo	0	35.59±14.70			233.78±75.61			177.12±81.46		
	3	61.06±4.01	25.47±1.50	<0.001* (22.52, 28.42)	220.17±63.97	-13.61±7.77	0.080 (-28.84, 1.61)	168.63±69.62	-8.49±11.95	0.477 (-31.91, 14.93)
	3	61.06±4.01			220.17±63.97			168.63±69.62		

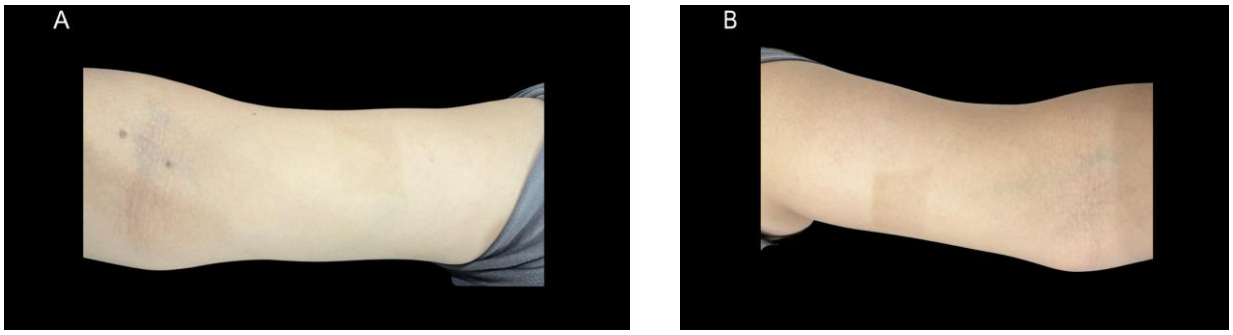
ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งหมด ค่าเฉลี่ยของผลต่าง ค่า Colorimeter **ค่า** Melanin index **และค่า** Erythema index ภายในกลุ่ม REDORY™ facial serum และเซรั่มหลอก ค่า p-value ค่า 95% CI ที่ สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย 0,3,4,7Linear mixed effects models (Random intercept & Random slope)

กลุ่ม	Week	ค่า Colorimete			Melanin index			Erythema index		
		$\overline{X} \pm SD$	$\overline{D} \pm SD$	p-value (95% CI)	$\overline{X} \pm SD$	$\overline{D} \pm SD$	p-value (95% CI)	$\overline{X} \pm SD$	$\overline{D} \pm SD$	p-value (95% CI)
	4	58.51±3.93	-2.55±1.22	0.037* (-4.94, -0.15)	249.78±66.65	29.62±7.33	<0.001* (15.24, 43.99)	215.65±53.45	47.03±11.67	<0.001* (24.14, 69.91)
	7	58.48±3.76	-2.58±1.71	0.133 (-28.84, 1.61)	243.03±59.46	22.87±8.12	0.005* (6.94, 38.79)	194.53±59.11	25.91±12.19	0.034* (2.02, 49.79)

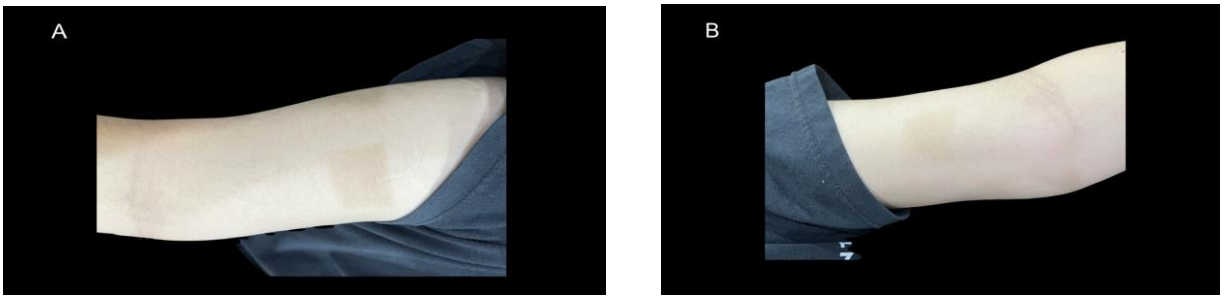
หมายเหตุ: $\overline{X}$ *= ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,* $\overline{D}$ *= ค่าเฉลี่ยของผลต่าง, CI = confidence interval, *p < 0.05; เส้นคั่นก่อนแถว Week 3 แสดงการเริ่มเปรียบเทียบใหม่ โดยใช้สัปดาห์ที่ 3 เป็นค่าตั้งต้นก่อนฉายรังสี UVB เพื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 4 และ 7*



ภาพ 3 ภาพการเปลี่ยนแปลงค่าความสว่างของผิว Melanin index และ Erythema index ระหว่าง REDORY™ Facial Serum และเซรั่มหลอก



ภาพ 4 ภาพถ่ายเซรั่มสัปดาห์ที่ 7 (หลังฉายรังสี UVB4 สัปดาห์) (a) แขนขวาเป็นด้านที่ทาเซรั่มจริง REDORY™ Facial Serum และ (b) แขนซ้ายเป็นด้านที่เซรั่มหลอก



(a) (b)

ภาพ 5 ภาพถ่ายเซรั่มสัปดาห์ที่ 7 (หลังฉายรังสี UVB4 สัปดาห์) (a) แขนขวาเป็นด้านที่ทาเซรั่มหลอก และ (b) แขนซ้ายเป็นด้านที่ทาเซรั่มจริง REDORY™ Facial Serum

ความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อการใช้ REDORY™ Facial Serum ในสัปดาห์ที่ 7 สิ้นสุดการ) (ทดลอง

จากการสอบถามความพึงพอใจของอาสาสมัครที่มีต่อผลิตภัณฑ์ REDORY™ Facial Serum และเซรั่มหลอก ช่วงสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 7 โดยแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่พึงพอใจ -)1) เฉย ๆ)0) พึงพอใจ)1) และพึงพอใจมาก)2) ข้อมูลแสดงในตาราง3

จากผลการทดลองพบว่า ในด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ จำนวน "พึงพอใจมาก"13 คน)65%) รองลงมาคือระดับ จำนวน "พึงพอใจ"4 คน)20%) ระดับ เฉย" ๆ จำนวน "2 คน)10%) และระดับ จำนวน "ไม่พึงพอใจ"1 คน)5%) ข้อมูลแสดงในภาพ 6

ด้านที่ทาเซรั่มหลอก อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ จำนวน "พึงพอใจมาก"11 คน)55%) รองลงมาคือระดับ จำนวน "พึงพอใจ"6 คน)30%) ระดับ จำนวน "เฉยๆ"2 คน)10%) และระดับ จำนวน "ไม่พึงพอใจ"1 คน)5%)ข้อมูลแสดงในภาพ 6

เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจระหว่างด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum และด้านที่ทาเซรั่มหลอก ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลข้างเคียงระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

ไม่พบอาการระคายเคืองรุนแรง เช่น แสบร้อน ผื่นคัน บวมแดง ในอาสาสมัครส่วนใหญ่ พบอาสาสมัคร 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.0 มีรอยดำจากการฉายรังสี UVB จางลงช้ากว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม บริเวณที่ทา REDORY™ Facial Serum และเซรั่มหลอก โดยรอยดำยังคงปรากฏในสัปดาห์ที่ 7 และจางหายกลับสู่ภาวะปกติในสัปดาห์ที่ 11 โดยไม่พบผลข้างเคียงอื่นเพิ่มเติมตลอดการศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

ค่า Colorimeter ของด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum มีทิศทางที่จะสว่างมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป แต่ด้านที่ทาเซรั่มหลอกกลับพบว่า ค่าเฉลี่ยความสว่างกลับลดลงอย่างต่อเนื่อง อธิบายได้จากงานวิจัยของ Tomasello et al.) 2022) ที่ระบุว่า สารพฤกษเคมีในส้มสีแดงช่วยลดภาวะ Oxidative stress และส่งเสริมระบบการปกป้องเซลล์)Cytoprotection) ทำให้รอยหมองคล้ำจางลงและผิวฟื้นฟูกลับมาสว่างได้[12] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Inthala ที่ทำการศึกษาในอาสาสมัครทั้งชาวเอเชียและคอเคเซียน พบว่า สารสกัดส้มสีแดงมาตรฐานที่มีแอนโทไซยานิน ฟลาโวนอยด์ และวิตามินซีเป็น

องค์ประกอบ มีคุณสมบัติโดดเด่นในการปกป้องผิวจากรังสี UV (Photoprotection) โดยช่วยเพิ่มค่า Minimal Erythema Dose: MED และช่วยเร่งการลดลงของรอยแดงผิวที่เกิดจากการอักเสบหลังได้รับรังสี UV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความกระจ่างใสของผิว)skin radiance) เพิ่มขึ้นผ่านการเสริมสร้างระบบต้านอนุมูลอิสระและส่งเสริมการฟื้นฟูเซลล์ผิวที่ถูกทำลายให้กลับมามีสุขภาพดีได้รวดเร็วกว่าปกติ[21,11] และยังสามารถอธิบายได้ด้วยงานวิจัยของ Woolery-Lloyd and Kammer ที่เสนอว่า การกำจัดเม็ดสีที่ฝังลึกอย่างชัดเจนอาจต้องใช้เวลาติดตามผลนานถึง 8-12 สัปดาห์ เพื่อให้ครอบคลุมรอบการผลัดเซลล์ผิว)skin turnover rate) อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นการทดลองนี้ใช้ระยะเวลาหลังการฉายรังสี UVB เพียงแค่ อาทิตย์ 4จึงไม่เพียงพอที่จะเห็นผลการเปลี่ยนแปลง[22]

Melanin Index ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทั้ง กลุ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 2 คือ ในสัปดาห์ที่ 3(หลังทาเซรั่ม 3 สัปดาห์ และก่อนฉายรังสี UVB) พบว่า ค่าเฉลี่ย ลดลงจากสัปดาห์ที่ 0 (ก่อนการทดลองไม่พบความแตกต่างอย่า (งมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการฉายรังสี UVB ในสัปดาห์ที่ 4 (1 สัปดาห์ภายหลังการฉายรังสี UVB) เมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 3 พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในสัปดาห์ที่ 7 (4 สัปดาห์ภายหลังการฉายรังสี UVB) ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ พบว่าค่าเฉลี่ย มี 4 แนวโน้มลดลง จึงควรขยายเวลาในการทดลอง เพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

Erythema Index จากผลการทดลองดังกล่าวอาจบอกได้ว่า ในระยะแรกสัปดาห์ที่) 4หลังการฉายรังสี 1 ค่าเฉลี่ยของผลต่าง (สัปดาห์Erythema Index ของด้านที่ทาเซรั่มหลอกมีค่าความต่างที่มากกว่าด้านที่ทา REDORY™ Facial Serum แต่ในสัปดาห์ที่ ด้านที่ 7 ทาREDORY™ Facial Serum มีค่าเฉลี่ยผลต่างที่สูงกว่า จึงควรขยายเวลาในการทดลอง เพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

ความพึงพอใจของอาสาสมัคร พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลอง อาสาสมัครส่วนใหญ่พึงพอใจในระดับ พึง" "พอใจมาก(65%ซึ่งให้ผลลัพธ์ระดับความพึงพอใจที่ (ไม่แตกต่างจากฝั่งที่ทาผลิตภัณฑ์หลอก

ผลข้างเคียงจากการวิจัยตลอด ระยะเวลาการศึกษาไม่พบอาการระคายเคืองรุนแรง เช่น แสบร้อน ผื่นคัน หรือบวมแดง ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีเพียงอาสาสมัคร 1 ราย (5%) ที่พบว่า รอยดำจากการฉายรังสี UVB จางลงช้ากว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม แต่สามารถ ฟื้นกลับสู่สภาวะปกติได้เองในช่วงติดตามผลสัปดาห์ที่ 11 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า REDORY™ Facial Serum มีความปลอดภัยภายใต้เงื่อนไข การศึกษานี้

สรุปผลการทดลอง REDORY™ Facial Serum มีแนวโน้มว่า ค่า Colorimeter จะกลับมาได้เร็วกว่าเซรั่มหลอก ในระยะเวลาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 7 (หลังฉายรังสี UVB 4 สัปดาห์) เช่นเดียวกับ ค่า Melanin index แต่สำหรับในค่า Erythema index ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้ ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่พึงพอใจต่อ REDORY™ Facial Serum ในระดับ ร้อยละ 65.0 “พึงพอใจมาก” และไม่พบความแตกต่างเมื่อเทียบกับเซรั่มหลอก (p-value = 1.000) รวมถึงไม่พบอาการระคายเคืองรุนแรงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ในอาสาสมัครส่วนใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงปองศิริ คุณงาม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมถึงผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มาศ ไม้ประเสริฐ คณบดีและประธานอำนวยการบริหารหลักสูตร สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์และรองศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ วณิเกียรติ ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบพระคุณบริษัท เอส วี เอส อินโนเทค จำกัด ทีมวิจัย ทีมงานผู้เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและความร่วมมือ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Hasegawa K, Fujiwara R, Sato K, et al. Possible Involvement of Keratinocyte Growth Factor in the Persistence of Hyperpigmentation in Both Human Facial Solar Lentigines and Melasma. Ann Dermatol. 2015; .634-626:(5)27 doi: /10.5021AD..2015.27.5.626

2. Kim HS. A Study on the Trends of the Natural UV Protection Materials Related to Skin Beauty. Journal of the Korean Applied Science and Technology. 2021;38(1):107-17.

3.Giacomoni PU. Appropriate Technologies to Accompany Sunscreens in the Battle Against Ultraviolet, Superoxide, and Singlet Oxygen. Antioxidants (Basel). 2020;9(11):1091. doi: 10.3390/ANTIOX9111091.

4. Puglia C, Offerta A, Saija A, Trombetta D, Venera C. Protective effect of red orange extract supplementation against UV induced skin damages: photoaging and solar lentigines. Journal of cosmetic dermatology. 2014 Jun;13(2):151-7.

5. Gilchrest BA, Park HY, Eller MS, Yaar M .Mechanisms of ultraviolet light-induced pigmentation .Photochem Photobiol]Internet .[2012]cited 2024 July 2[; 63)1: (1-10 .Available from https//:pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8577860 ./doi :10.1111/j.1751-1097.1996.tb02988.x.

6. Jian Q, An Q, Zhu D, Hui K, Liu Y, Chi S, et al .MicroRNA 340 is involved in UVB-induced dendrite formation through the regulation of RhoA expression in melanocytes .Indian J Dermatol Venereol Leprol]Internet .[2012]cited 2024 July 2 [; 78)4:(417-28 .Available from https//:pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22772611 ./doi :10.4103/0378-6323.98071.

7. Xing X, Dan Y, Xu Z, Xiang L. Implications of oxidative stress in the pathogenesis and treatment of hyperpigmentation disorders. Oxid Med Cell Longev. 2022;2022:7881717. doi:10.1155/2022/7881717.

8. Hollinger JC, Angra K, Halder RM. Are natural ingredients effective in the management of hyperpigmentation? A systematic review. J Clin Aesthet Dermatol. 2018;11(2):28–37.

9. Medinutrex. Certificate of Analysis: REDORY™ (Red orange extract). Compilation date: 11 June 2024. Italy: Medinutrex; 2024.

10. Burò I, Consoli V, Castellano A, Vanella L, Sorrenti V. Beneficial effects of standardized extracts from wastes of red oranges and olive leaves. Antioxidants. 2022 Jul 30;11(8):1496.

11. Nobile V, Burioli A, Yu S, Zhifeng S, Cestone E, Insolia V, Zaccaria V, Malfa GA. Photoprotective and antiaging effects of a standardized red orange (Citrus sinensis (L.) Osbeck) extract in asian and caucasian subjects: A randomized, double-blind, controlled study. Nutrients. 2022 Jan;14(11):2241.

12. Tomasello B, Malfa GA, Acquaviva R, La Mantia A, Di Giacomo C. Phytocomplex of a standardized extract from red orange (Citrus sinensis L. Osbeck) against photoaging. Cells. 2022 Apr 25;11(9):1447.

13. Ullrich SE .Sunlight and skin cancer :lessons from the immune system .HHS Author Manuscripts]Internet .[2007] cited 2024 July 2[;46)8:(629-33 .Available from https//:www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661262 ./doi : 1.-1002/mc.20328.

14.Viyoch Jarupa, Mahingsa Khuanrudee, Ingkaninan Kornkanok. Effects of Thai Musa species on prevention of UVB induced skin damage in mice. Food Chem Toxicol [Internet] 2012 [cited 2024 July 2] ;50(12):4292-301. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22986089/ doi: 10.1016/j.fct.2012.08.060.

15. Streilein JW. Skin-associated lymphoid tissues (SALT): origins and functions. J Invest Dermatol [Internet]. 1983 [cited 2024 July 2] ;80 Suppl:12S-16S. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6602189/. doi: 10.1111/1523-1747.

16.Noonan FP, Kripke ML, Pederson GM, Greene MI. Suppression of contact hypersensitivity in mice by ultraviolet irradiation is associated with defective antigen presentation. Immunology [Internet]. 1981[cited 2024 July 3] ;43(3):527-33. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7251064/.

17. Battie C, Jitsukawa S, Bernerd F, Del Bino S, Marionnet C, Verschoore M .New insights in photoaging, UVA induced damage and skin types .Exp Dermatol]Internet .[2014]cited 2024 July 3[;23 Suppl 1:7-12 .Available from https//:pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25234829 ./doi :10.1111/exd.12388.
18. ศักดิ์ชาย ขัติยา. ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริบาลทางเภสัชกรรม ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แผนไทย ณ โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จ. อุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์ และสุขภาพ. 2022 Dec 13;7(4):24-39.
19. ธีวรา โลมรัตน์, ตุลาการ นาคพันธ์. การประเมิน ประสิทธิผลของยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์ และสุขภาพ. 2022 Jun 30;7(2).
20. จตุพร แพงจักร, พิจิตรา ยืนยั่ง, เศรษฐกุล บุญยศักดิ์ เสรี. ประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยสมุนไพร ในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์ และสุขภาพ. 2025 Dec 31;10(4):265-70.
21. Inthala N. The effectiveness of intravenous N-acetylcysteine injection on skin lightening and pigmentation intensity [Master's thesis]. Bangkok (TH): Dhurakij Pundit University; 2023.
22. Woolery-Lloyd H, Kammer JN. Treatment of hyperpigmentation. Semin Cutan Med Surg. 2011;30(3):171-175. doi:10.1016/j.sder.2011.06.004.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

FACTORS INFLUENCING PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST EXPOSURE TO PARTICULATE MATTER 2.5 AMONG THE ELDERLY IN KHUKHAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

(Received: June 12,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

อัจฉรา ประสงค์จินดา[1] อรุณ บุญสร้าง[2] อารี บุตรสอน[2]
Aujchara Prasongjinda[1] Arun Boonsang[2*] Aree Butsorn[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 332 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2569 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์รายตัวแปรโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนโดยการวิเคราะห์ Multiple Linear Regression แบบ Stepwise

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 7 ปัจจัย คือ พฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สถานภาพสมรส ด้านทัศนคติ อายุ และระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 59.4 (R^2=0.594) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ปัจจัย พฤติกรรม ฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ผู้สูงอายุ

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to investigate the factors influencing preventive behaviors against exposure to particulate matter with a diameter of less than 2.5 microns (PM2.5) among older adults in Khukhan District, Sisaket Province, Thailand. The sample consisted of 332 older adults. Data were collected using a researcher-developed questionnaire between March 15, 2026 and May 31, 2026. Data were analyzed using descriptive statistics, bivariate correlation analysis, and Stepwise Multiple Linear Regression analysis to identify factors influencing PM2.5 exposure prevention behaviors.

The results revealed that seven factors significantly influenced preventive behaviors against PM2.5 exposure among older adults in Khukhan District, Sisaket Province: health behaviors, economic status, access to information, marital status, attitudes, age, and educational level at primary school or below. These factors collectively explained 59.4% of the variance in PM2.5 exposure prevention behaviors among older adults (R^2 = 0.594).

Keywords: Factors, behavior, particulate matter (PM2.5), elderly people

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
*Corresponding author: E-mail: arun.b@ubu.ac.th

บทนำ

ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (Particulate Matter less than 2.5 microns: PM2.5) มีแหล่งกำเนิดทั้งจากธรรมชาติและจากการกระทำของมนุษย์ เช่น ไฟป่า ภูเขาไฟระเบิด การเผาขยะและวัสดุทางการเกษตร การจราจร รวมไปถึงมลพิษหมอกควันข้ามพรมแดน[1] โดยจากข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 ในภาพรวมของประเทศไทยในปี 2567 มีค่าเฉลี่ยปริมาณฝุ่น PM 2.5 24 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 4.8-218.6 มค.ก./ลบ.ม. พบมีค่าเฉลี่ยเกินค่ามาตรฐานที่ 37.5 มค.ก./ลบ.ม. ใน 64 จังหวัด และพบว่า 44 จังหวัดยังยังมีค่าฝุ่นในปริมาณที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ[2] ในขณะที่ข้อมูลรายงานคุณภาพอากาศทั่วโลกในปี 2024 พบว่าประเทศที่มีค่าเฉลี่ยปริมาณฝุ่น PM 2.5 ต่อปีสูงที่สุดในโลก ได้แก่ ประเทศบังคลาเทศ ปากีสถาน และอินเดีย โดยมีค่าเฉลี่ยปริมาณฝุ่น PM 2.5 ต่อปีเท่ากับ 75 มค.ก./ลบ.ม., 55 มค.ก./ลบ.ม. และ 48 มค.ก./ลบ.ม. ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดต่อปีไม่เกิน 15 มค.ก./ลบ.ม. ม. ในขณะที่ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 33 จาก 141 ประเทศทั่วโลก โดยมีค่าเฉลี่ยปริมาณฝุ่น PM 2.5 ต่อปีเท่ากับ 24 มค.ก./ลบ. ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดถึง 4.8 เท่า[3] การรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยฝุ่นขนาดเล็กนี้สามารถเข้าสู่ปอดและไหลเวียนในกระแสเลือด ทำให้เกิดอาการระคายเคืองตา จมูก และระบบทางเดินหายใจ รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และอาจส่งผลกระทบต่อสมองและอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชื่อมโยงกับการเกิดโรคมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งปอด โดยข้อมูลจากสมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) ในผู้ใหญ่จำนวน 500,000 คน ที่อาศัยในเขตเมือง พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรคปอด และมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 4, 6 และร้อยละ 8 ตามลำดับ เมื่อระดับฝุ่น PM 2.5 เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มค.ก./ลบ.ม. ทั้งนี้ เมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาชีพและปัจจัยอื่นๆ[4]

ในช่วงที่ผ่านมา มีงานวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) ที่มุ่งเน้นการวัดความเข้มข้น การวิเคราะห์พารามิเตอร์ทางอุตุนิยมวิทยา การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมี และการจัดการแหล่งที่มาของมลพิษ โดยงานวิจัยเหล่านี้มุ่งเน้นการศึกษาในมุมมองทางเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการปล่อยมลพิษฝุ่น PM 2.5 อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีที่ใช้ในการลด PM 2.5 ยังคงต้องได้รับการพัฒนาที่มากขึ้นทำให้ไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการควบคู่กับมาตรการการป้องกันการรับสัมผัสปัจจัยในระดับบุคคล เช่น การสวมหน้ากาก การเลี่ยงการทำกิจกรรมกลางแจ้ง การใช้เครื่องฟอกอากาศ และการติดตามสถานการณ์ฝุ่นละออง เป็นต้น โดยมาตรการต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันหรือลดการสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ได้ไม่ว่าสถานการณ์คุณภาพอากาศจะเป็นเช่นไร งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM 2.5 ในผู้สูงอายุของไทยมีข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์หลายประการ แต่ยังคงมีช่องว่างหรือข้อจำกัดบางประการที่ผู้วิจัยเห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในมิติอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง อาทิ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเรื่องการสูดหมอกควันในตอนเช้าโดยเฉพาะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือว่าจะส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงเนื่องจากได้รับอากาศบริสุทธิ์ ปัจจัยด้านความเชื่อพื้นถิ่นเกี่ยวกับหมอกควันและฝุ่น PM 2.5 จากการศึกษาพบว่าความเชื่อพื้นถิ่นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดฝุ่น PM 2.5 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ตัวอย่างในภาคเหนือของไทย ชาวบ้านบางพื้นที่มีความเชื่อว่าไฟช่วยฟื้นฟูป่าและเตรียมพื้นที่เกษตร ทำให้มีการเผาป่าเพื่อเก็บเห็ดหรือเตรียมแปลงเพาะปลูก ซึ่งกลายเป็นต้นเหตุสำคัญของมลพิษฝุ่น PM 2.5[5] แม้จะมีการส่งเสริม

ให้ใช้แอปพลิเคชัน FireD เพื่อควบคุมการเผา แต่แนวคิดนี้ยังไม่เข้าถึงทุกกลุ่ม[6] ในต่างประเทศ เช่น ฮ่องกงและจีน มีพิธีกรรมทางศาสนาอย่างการเผากระดาษเงินกระดาษทองในช่วงเทศกาล Hungry Ghost Festival ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิด PM 2.5 และโลหะหนักที่ส่งผลต่อคุณภาพอากาศบริเวณวัดและชุมชนโดยรอบ สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับ "หมอกควันในตอนเช้า" พบว่าประชาชนบางส่วนในภาคเหนือเชื่อว่าเป็นหมอกธรรมชาติที่ปลอดภัยและดีต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนความเชื่อนี้ และมีรายงานว่าหมอกควันในช่วงเช้ามักมีระดับ PM 2.5 สูง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้มีโรคประจำตัว[7] ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ โดยพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ มีผลต่อการเลือกใช้หน้ากากอนามัยหรือเครื่องฟอกอากาศในการป้องกันฝุ่น PM 2.5[8] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตีความข้อมูลดัชนีคุณภาพอากาศ (AQI) โดยพบว่า ข้อมูล AQI ที่มีลักษณะเชิงลบ (เช่น "อากาศเป็นอันตราย") ส่งผลให้ผู้รับข้อมูลมีการรับรู้ความเสี่ยงและความตั้งใจในการป้องกันตนเองสูงกว่าข้อมูลที่มีลักษณะเชิงบวกหรือเป็นกลาง[9] ศึกษาผลของแหล่งข้อมูลมลพิษทางอากาศที่แตกต่างกันต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงมลพิษขณะออกกำลังกาย โดยพบว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูล AQI จากแหล่งที่เชื่อถือได้มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงมลพิษขณะออกกำลังกายมากขึ้น

การดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษฝุ่น PM 2.5 ของอำเภอขุขันธ์ดำเนินงานโดยการบูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วน ภายใต้ 4 มาตรการที่สำคัญ ได้แก่ มาตรการที่ 1 ส่งเสริมการลดมลพิษ/สื่อสารสร้างความรอบรู้ มาตรการที่ 2 ลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ มาตรการที่ 3 จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และมาตรการที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ แต่อย่างไรก็ตาม แม้หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องเสมอมา แต่แนวโน้มผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565 - 2567) ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยจำนวน 26,039, 27,801 และ 28,570 คน ตามลำดับ กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ รองลงมา ได้แก่ กลุ่มโรคตาอักเสบ และกลุ่มโรคทางเดินหายใจ (Acute Pharyngitis) ตามลำดับ ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป รองลงมา ได้แก่ กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยเด็ก ตามลำดับ[10] สอดคล้องกับข้อมูลรายงานสถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 ของจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 ซึ่งมีจำนวนวันที่มีค่าเฉลี่ยปริมาณฝุ่น PM 2.5 ใน 24 ชม. เกินค่ามาตรฐานที่กรมควบคุมมลพิษกำหนดที่ 37.5 มค.ก./ลบ.ม. จำนวน 155, 157 และ 153 วัน/ปี ตามลำดับ โดยมักพบในช่วงต้นปี (มกราคม-เมษายน) และช่วงปลายปี (ตุลาคม-ธันวาคม) โดยมีแหล่งกำเนิดมลพิษส่วนใหญ่มาจากการจราจรรวมไปถึงการเผาในที่โล่งและการเผาวัสดุทางการเกษตร ซึ่งจากข้อมูลปัญหาที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น ผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และปัญหาจากฝุ่น PM 2.5 ที่ส่งผลกระทบในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งการเติมเต็มช่องว่างเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น และสามารถพัฒนามาตรการหรือโปรแกรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้บริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาด

ไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study) เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 27,295 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 332 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบจากทั้ง 22 ตำบลในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ตำบลกันทรารมย์ ตำบลจะกง ตำบลใจดี ตำบลดองกำเม็ด ตำบลโสน ตำบลปรือใหญ่ ตำบลสะเดาใหญ่ ตำบลตาอุด ตำบลห้วยเหนือ ตำบลห้วยใต้ ตำบลหัวเสือ ตำบลตะเคียน ตำบลนิคมพัฒนา ตำบลโคกเพชร ตำบลปราสาท ตำบลสำโรงตาเจ็น ตำบลห้วยสำราญ ตำบลกฤษณา ตำบลลมศักดิ์ ตำบลหนองฉลอง ตำบลศรีตระกูล และตำบลศรีสะอาด

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) (Kelly & Maxwell, 2003) โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w}\right)\left(\frac{1-R^2}{1-R^2_{XXj}}\right)\left(\frac{\chi^2_{(1-\gamma;N-1)}}{N-p-1}\right)+p+1$$

โดยที่: N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = 50% ของโอกาสที่จะได้ 95%CI ของ R^2 น้อยกว่า 0.1

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 4 predictors)

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของอัญชลี งามจันทร์ทิพย์ และคณะ (2568) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนหรือน้อยกว่าของผู้สูงอายุในชุมชน (R^2= 0.410)

$R^2_{x\text{-}xj}$ = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลัก กับตัวแปรต้นอื่น ๆ (R^2=.0291)[11]

$X^2_{(1-\gamma;N-1)}$ = ควอไทล์ ของการกระจายแบบ ไค-สแคว (0.08)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชั่น AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 166 คน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (half width) = 2 หน่วยจะได้ขนาดตัวอย่าง 332 คน

3.3เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับ

การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว และระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับฝุ่น PM 2.5 ลักษณะคำถามแบบปรนัยมีตัวเลือกให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน การให้คะแนนถ้าตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับฝุ่น PM 2.5 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ/ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามมีลักษณะเป็นข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 15 ข้อ เพื่อวัดระดับปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของประชาชนในพื้นที่ศึกษา แบบสอบถามเป็นชนิด มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท[12] คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ/ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ความคิดเห็น คำถามมีลักษณะเป็นทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เพื่อวัดระดับปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของประชาชนในพื้นที่ศึกษา แบบสอบถามเป็นชนิด มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท[12] คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ/ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามมีลักษณะเป็นข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล เพื่อวัดระดับปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของประชาชนในพื้นที่ศึกษา แบบสอบถามเป็นชนิด มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท[12] คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ/ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามมีลักษณะเป็นข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ เพื่อวัดระดับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของประชาชนในพื้นที่ศึกษา แบบสอบถามเป็นชนิด มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท[12] คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ/ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ท[12] คือ ทำทุกครั้ง/ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง ทำน้อยครั้ง และไม่เคยทำเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

2.4การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา พิจารณาครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำเครื่องมือที่ผ่านการหาค่าความตรงไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นแล้วได้ค่าความเชื่อมั่นความรู้เกี่ยวกับฝุ่น PM 2.5 เท่ากับ 0.742 ทัศนคติต่อฝุ่น PM 2.5 เท่ากับ 0.985 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เท่ากับ 0.977 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

เท่ากับ 959 ปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ 978 ตามลำดับ

3.5การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ แยกรายตัวแปรโดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 332 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.9 มีอายุเฉลี่ย 65.72 ปี (SD=7.23 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 60.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.9 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 28.9 มีมัธยฐานของรายได้อยู่ที่ 10,000 บาท (P_{25}=1,000 : P_{75}=25,000) อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร-หลาน ร้อยละ 52.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.7 และอาศัยอยู่ในพื้นที่มานานกว่า 10 ปี ร้อยละ 78.3 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ แยกรายตัวแปร (univariate analysis)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ทีละตัวแปรพบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นกับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 8 ตัวแปร คือ สถานภาพสมรส (r = 0.216, p-value} < 0.001) ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (r = 0.157, p-value} = 0.004) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (r = -0.124, p-value} = 0.024) อาชีพค้าขาย (r = -0.125, p-value} = 0.022) อาชีพรับจ้าง (r = 0.170, p-value} = 0.002) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (r = 0.121, p-value = 0.027) ด้านทัศนคติ (r = 0.215, p-value < 0.001) และปัจจัยด้านพฤติกรรม (r = 0.676, p-value} < 0.001) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุตัวแปรปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัด ศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 45.7 (R^2=0.457) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 53.5 (R^2=

0.535) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 55.7 (R^2=0.557) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ สถานภาพสมรส พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 56.9 (R^2=0.569) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ด้านทัศนคติ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 58.0 (R^2=0.580) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ อายุ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 58.7 (R^2= 0.587) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 59.4 (R^2=0.594) โดยสรุปผลว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 7 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล สถานภาพสมรส ด้านทัศนคติ อายุ และระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 59.4 (R^2=0.594, R^2_{adj} =0.585, SE_{est} =0.23712, F= 67.728, p<0.001) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจทำนายปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

โมเดลวิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
		B	β				
โมเดลที่ดีที่สุด	พฤติกรรมสุขภาพ	0.729	0.685	0.457	0.456	0.27164	0.457
	เศรษฐกิจ	0.230	0.637	0.535	0.533	0.25175	0.078
	การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	-0.170	-0.487	0.557	0.553	0.24623	0.022
	สถานภาพสมรส	0.078	0.106	0.569	0.564	0.24321	0.012
	ทัศนคติ	0.086	0.114	0.580	0.574	0.24032	0.011
	อายุ	0.008	0.117	0.587	0.579	0.23894	0.007
	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	0.079	0.105	0.594	0.585	0.23712	0.007
Constant = -0.982, R^2 = 0.594, R^2_{adj} = 0.585, SEest = 0.23712, F= 67.728, p<0.001							

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของผู้กรีดยางพาราอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ มีตัวแปรที่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้จำนวน 7 ตัวแปร คือ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันไข้มาลาเรีย ปัจจัยเอื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันไข้มาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ปัจจัยเสริม อายุ และจำนวนครั้งที่เคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเป็นกลุ่มตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นสูงที่สุดพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สะท้อนการปฏิบัติจริงของบุคคลในการดูแลและป้องกันตนเองจากการรับสัมผัส Particulate Matter 2.5 โดยบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น การหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงค่าฝุ่นสูง การติดตามข้อมูลคุณภาพอากาศ การดูแลสุขภาพร่างกาย และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดฝุ่น จะสามารถลดโอกาสการรับสัมผัสฝุ่นละอองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมดังกล่าวเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความตระหนักต่อผลกระทบด้านสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม จึงส่งผลโดยตรงต่อระดับการป้องกันตนเองมากกว่าปัจจัยด้านอื่น นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพยังเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนและพัฒนาได้ผ่านกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิผลมากกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางต่อผลกระทบจากมลพิษทางอากาศมากกว่าประชากรทั่วไป สอดคล้องอย่างยิ่งกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการศึกษาที่พบตรงกันว่าบุคคลที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยหรือรู้สึกถึงอาการผิดปกติทางร่างกายจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัดและลดกิจกรรมกลางแจ้งมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญ[13]

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นกลุ่มตัวแปรสำคัญในลำดับถัดมาที่ร่วมทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากสถานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อศักยภาพในการเข้าถึงทรัพยากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการป้องกันการรับสัมผัส Particulate Matter 2.5 บุคคลที่มีรายได้เพียงพอหรือมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมักสามารถจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากมาตรฐาน N95 เครื่องฟอกอากาศ หรืออุปกรณ์ติดตามคุณภาพอากาศได้ รวมทั้งสามารถปรับสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมต่อการลดการรับสัมผัสฝุ่นละอองได้ดีกว่า นอกจากนี้ ยังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้มากกว่า ส่งผลให้เกิดความตระหนักและการปฏิบัติตนในการป้องกันฝุ่นได้อย่างเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจอาจไม่สามารถหลีกเลี่ยงการทำงานกลางแจ้งหรือการประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสฝุ่นละอองได้ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่มีคุณภาพ ส่งผลให้มีโอกาสรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 สูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า นอกจากนี้ ภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันอาจทำให้การดูแลสุขภาพและการป้องกันตนเองไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร จึงสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองทั้งทางตรงและทางอ้อม และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ วลัยเสถียร[8] และ นิธิภัทร์ เศรษฐศาศวัต[14] ที่พบว่า รายได้และความสามารถทางเศรษฐกิจมีผล

โดยตรงต่อพฤติกรรมการเลือกซื้อและเลือกใช้มาตรการป้องกันฝุ่น PM 2.5 โดยราคาที่สูงมักเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้มีรายได้น้อยปฏิเสธการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม[15]

3. ปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล เป็นกลุ่มตัวแปรสำคัญในลำดับถัดมาที่ร่วมทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ทันเวลา และต่อเนื่องเกี่ยวกับสถานการณ์ Particulate Matter 2.5 มีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้ความเสี่ยง ความตระหนัก และการตัดสินใจในการป้องกันตนเองของประชาชน บุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลคุณภาพอากาศ ค่าฝุ่น PM2.5 คำเตือนด้านสุขภาพ และแนวทางการป้องกันจากหน่วยงานสาธารณสุขหรือสื่อที่น่าเชื่อถือ จะมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการรับสัมผัสฝุ่นได้อย่างเหมาะสม เช่น การสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น การหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงค่าฝุ่นสูง การปิดประตูหน้าต่าง หรือการติดตามข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันและสื่อออนไลน์อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลยังช่วยเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของ PM2.5 ต่อสุขภาพ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจและหลอดเลือด หากได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย จะช่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้น้อยหรือได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องอาจขาดความตระหนักและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้การเข้าถึงข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับวรรณกรรมในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Amanda Giang, Magali Delmas, et al.[16] และ Liu et al.[9] ที่พบว่า ประชาชนที่สามารถเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันตรวจสอบคุณภาพอากาศ (AQI) จะเกิดความกังวลและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญมลพิษทางอากาศอย่างชัดเจน เช่น ปิดหน้าต่างบ้าน หรือลดการออกกำลังกายกลางแจ้ง

สภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมักได้รับการดูแล เอาใจใส่ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลให้เกิดความตระหนักและมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองจาก Particulate Matter 2.5 ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือไม่มีคู่สมรส โดยคู่สมรสสามารถมีบทบาทในการเตือนให้สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น หลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงที่ค่าฝุ่นสูง ติดตามข้อมูลคุณภาพอากาศ รวมถึงช่วยดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมต่อการลดการรับสัมผัสฝุ่นละออง นอกจากนี้ การมีคู่สมรสยังช่วยส่งเสริมกำลังใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสอาจขาดผู้ช่วยเตือนหรือขาดแรงสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันฝุ่นอาจไม่สม่ำเสมอหรือไม่เหมาะสมเท่าที่ควร อีกทั้งสภาพสมรสยังสะท้อนถึงโครงสร้างครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบริบทชุมชนชนบทที่สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงทำให้สภาพสมรสเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญ[8]

ทัศนคติ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากทัศนคติเป็นกระบวนการ

ทางความคิดและความรู้สึกที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกัน Particulate Matter 2.5 จะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและตระหนักถึงอันตรายของฝุ่นละอองต่อร่างกาย จึงมีแนวโน้มปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นอย่างสม่ำเสมอ เช่น การสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น การหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงค่าฝุ่นสูง การติดตามข้อมูลคุณภาพอากาศ และการดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดและปลอดฝุ่น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันฝุ่นมักเชื่อว่าการปฏิบัติตนสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกิดจาก PM2.5 ได้ จึงเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุมีทัศนคติในเชิงลบ เห็นว่าฝุ่น PM2.5 ไม่เป็นอันตราย หรือคิดว่าการป้องกันเป็นเรื่องยุ่งยากและไม่จำเป็น ก็อาจส่งผลให้ขาดความใส่ใจในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมป้องกันที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ทัศนคติจึงเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุ และส่งผลต่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับสุภาวดี ศรีสวัสดิ์[5] ที่ระบุว่า เจตคติหรือทัศนคติที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกและส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากมักมีความเสื่อมของระบบทางเดินหายใจ ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีความไวต่อผลกระทบจาก Particulate Matter 2.5 มากกว่ากลุ่มวัยอื่น จึงเกิดความตระหนักและระมัดระวังในการป้องกันตนเองมากขึ้น เช่น การสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น การหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้ง และการติดตามสถานการณ์ค่าฝุ่นในแต่ละวัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากอาจมีประสบการณ์ด้านสุขภาพหรือเคยเจ็บป่วยจากโรคระบบทางเดินหายใจมาก่อน ทำให้รับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาฝุ่น PM2.5 และให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีอายุมากมาก อาจมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ การเคลื่อนไหว หรือการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองลดลงได้เช่นกัน ดังนั้น อายุจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 ทั้งในด้านการตระหนักรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับเกศินี อิ่มแมน และคณะ ที่ยืนยันว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17]

ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับ Particulate Matter 2.5 รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพและแนวทางการป้องกันตนเอง ทำให้การรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันฝุ่นอาจไม่เหมาะสมหรือไม่ต่อเนื่องเท่ากับผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยอาจมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีหรือการติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์และแอปพลิเคชันด้านคุณภาพ

อากาศ ส่งผลให้ไม่สามารถรับรู้สถานการณ์ค่าฝุ่นหรือคำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งอาจขาดทักษะในการคัดกรองข้อมูลที่ถูกต้องและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ก็สามารถช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันฝุ่นที่ถูกต้องได้ ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูล การตัดสินใจ และพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ[17]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า โมเดลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของผู้สูงอายุ อำเภอขุขันธ์ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่ใช้ “อาการผิดปกติทางร่างกาย” เป็นสิ่งกระตุ้นเตือนภัยเชิงรุก โดยยกระดับบทบาทของ อสม. และเครือข่ายชุมชนในการคอยเฝ้าระวัง ตรวจเยี่ยมครัวเรือนเมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีอาการไอ จาม หรือระคายเคือง พร้อมทั้งเร่งสนับสนุนมาตรการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ เช่น การจัดหาและแจกจ่ายหน้ากากอนามัยชนิดป้องกันฝุ่นสูงให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีระดับการศึกษาต่ำ (ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า) เพื่อลดข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและส่งเสริมการเข้าถึงการปกป้องสุขภาพอย่างเท่าเทียม

1.2 จากผลการศึกษารายปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูลและทัศนคติ พบข้อจำกัดสำคัญในการตีความดัชนีคุณภาพอากาศและการใช้งานเทคโนโลยีแอปพลิเคชันของผู้สูงอายุ หน่วยงานในพื้นที่จึงควรปรับปรุงระบบการสื่อสารข้อมูลข่าวสารให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยลดการพึ่งพาสมาร์ทโฟนเพียงอย่างเดียว และเปลี่ยนมาใช้ระบบ “ธงสีเตือนภัยฝุ่นในชุมชน” ควบคู่กับการประกาศเสียงตามสายยามเช้า เพื่อแก้ไขความเชื่อพื้นถิ่นที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับหมอกควันตอนเช้า และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องในการลดระยะเวลาการทำกิจกรรมกลางแจ้งเมื่อค่าฝุ่นเกินมาตรฐาน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามาร่วมขับเคลื่อน เพื่อบูรณาการปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงข้อมูล ในการสร้างนวัตกรรมการเตือนภัยฝุ่นในระดับชุมชนที่ไม่ซับซ้อน เข้าถึงง่าย และมีความเหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทอย่างยั่งยืน

2.2 ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่ำ หรือผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคทางวัฒนธรรม ความเชื่อดั้งเดิม และเงื่อนไขชีวิตที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถนำผลไปออกแบบมาตรการช่วยเหลือช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มได้อย่างตรงจุดมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5. กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์ฝุ่นละออง PM2.5 ของประเทศไทย ปี 2567. กระทรวงสาธารณสุข.
3. World Air Quality Report. (2024). 2024 world air quality report. IQAir.
4. Pun, V. C., Kazemiparkouhi, F., Manjourides, J., & Suh, H. H. (2017). Long-term PM2.5 exposure and respiratory, cardiovascular, and cancer mortality in older adults. Environmental Pollution, 229, 444–450. https://doi.org/10.1016/j.envpol.2017.06.075
5. สุภาวดี ศรีสวัสดิ์. (2565). ความเชื่อพื้นถิ่นและพฤติกรรมการเผาในพื้นที่เกษตรที่ส่งผลต่อปัญหาฝุ่น PM2.5 ในภาคเหนือของประเทศไทย.
6. ณัฐวุฒิ พิพัฒน์. (2564). การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน FireD ในการจัดการปัญหาการเผาในพื้นที่ภาคเหนือ.
7. พรพรรณ สกุลคู และธนาวุธ โนราช. (2564). ความเชื่อเกี่ยวกับหมอกควันและผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในภาคเหนือของประเทศไทย.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2568). รายงานสถานการณ์โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565–2567.
8. สุวรรณ วลัยเสถียร. (2563). ปัจจัยด้านรายได้กับการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่น PM2.5 ของประชาชน.หัทยา มาลัยเจริญ และคณะ. (2565). อายุและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของผู้สูงอายุไทย.
9. Liu, T., Chen, Y., & Zhang, W. (2021). Effects of air quality index message framing on preventive behaviors toward PM2.5 exposure.
11. อัญชลี งามจันทร์ทิพย์ และคณะ. (2568). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุในชุมชน.
12. Likert, R. (1967). The method of constructing and attitude scale. In M. Fishbein (Ed.), Readings in attitude theory and measurement (pp. 90–95). Wiley.
13. Kim, J., Lee, H., & Park, S. (2019). Health perception and preventive behavior toward PM2.5 exposure among older adults.
14. นิธิภัทร์ เศรษฐศาศวัต. (2562). ปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ของประชาชนในเขตเมือง. ปรียานุช แสงทอง. (2563). แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ.
15. Li, X., Wang, Y., & Zhao, L. (2022). Economic disparities and access to PM2.5 protective equipment among vulnerable populations.
16. Amanda Giang, M., Delmas, M., et al. (2020). Air quality information and behavioral responses to particulate matter exposure.
17. เกศินี อิ่มแมน และคณะ. (2566). อายุและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของผู้สูงอายุไทย.

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี

Enhancing Operating Room Nurses Competency in Kidney Transplantation Surgery at Saraburi Hospital.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 9,2026 ; Accepted: June 11,2026)

ศิริพรรณ สุชาติสุนทร[1], อรุณี ต้นพงษ์เจริญ[1], ณัฐพัชญ์ นาคสมพันธ์[2], พิมรพี ระย้า[3]
Siriphan Suchatsunthorn[1], Arunee Tonpongcharoen[1], Natthapat Naksompan[2], Pimrapee Raya[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาสมรรถนะฯ ระยะเวลาดำเนินการเดือน ธันวาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569 แบ่งเป็น 4 ระยะ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 38 คน วัดผลก่อนและหลังการพัฒนา และผู้ป่วยปลูกถ่ายไตช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2569 จำนวน 6 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้ 2) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลลัพธ์การศึกษาพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามโปรแกรมฯ มีความรู้ และสมรรถนะสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.6 (SD =.54) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และการเสียชีวิต และไม่พบการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด กลุ่มผู้ป่วยหลังพัฒนาสมรรถนะฯ มีความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.37 (SD =.64) จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนพัฒนาสมรรถนะฯ

คำสำคัญ: พยาบาลห้องผ่าตัด, สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด, การผ่าตัดปลูกถ่ายไต

Abstract

This quasi experimental research aimed to enhance the competency of operating room nurses in providing perioperative nursing care for kidney transplantation patients at Saraburi Hospital, and to evaluate the outcomes of the competency development program. The study was conducted between December 2025 and March 2026. The sample comprised 38 operating room nurses, with pre- and post-intervention assessments. and 6 kidney transplantation patients.Data collection tools included: a knowledge questionnaire, a competency assessment form for kidney transplantation nursing care, a nurse satisfaction questionnaire, and a patient satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that operating room nurses who participated in the competency development program had significantly higher knowledge and competency scores compared to pre-intervention ($p < 0.001$), with a high level of satisfaction (mean = 4.6, SD = 0.54) .Post-implementation, patients experienced fewer complications, such as surgical site infections and mortality, compared to the pre-implementation group. Patient satisfaction was also at a high level (mean = 4.37, SD = 0.64), and the average length of hospital stay was shorter.

Keywords: Operating room nurses, nursing competency, kidney transplantation surgery

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลการรับบริจาค ปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

บทนำ

โรคไตเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก การรักษาไตวายระยะสุดท้าย โดยการบำบัดทดแทนไตได้แก่การฟอกเลือด การล้างไตทางหน้าท้อง และการปลูกถ่ายไต การบริจาคปลูกถ่ายอวัยวะและดวงตาเป็นสาขาหลักในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปัจจุบันพบปัญหาการขาดแคลนอวัยวะ ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นทุกปี ระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานอาจทำให้สภาพร่างกายและไตของผู้รับเสื่อมถอยลง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัด ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานความปลอดภัยสูงสุดจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากภาวะเจ็บป่วยได้โดยเร็ว การผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีขั้นตอนที่ยุ่งยากและซับซ้อน แม้จะอาศัยทีมศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์สูงในการทำความเข้าใจขั้นตอนอย่างละเอียด[1] พยาบาลห้องผ่าตัด เป็นบุคลากรสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนให้การผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐาน การปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพภายใต้สภาวะความกดดันและมีความเสี่ยงตลอดเวลา จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ และสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลห้องผ่าตัด ทั้งในด้านความแม่นยำในกระบวนการพยาบาล ทักษะการสื่อสารและความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างทันท่วงที โดยครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ไปจนถึงระยะจำหน่ายผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง[2] เพื่อให้เกิดกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด[3]

สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง ความสามารถในการบูรณาการความรู้และทักษะเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตและบทบาทหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปลอดภัย การประเมินสมรรถนะตามมาตรฐานพื้นฐานของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (AORN, 2006)[4] มุ่งเน้นผลลัพธ์ผู้ป่วย 7 ด้านคือ ด้านความปลอดภัยของ การคงความสมดุลทางสรีรวิทยาและการทำหน้าที่ของร่างกาย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ความสามารถด้านวิชาชีพ ความสามารถด้านกฎระเบียบและด้านผลลัพธ์เกี่ยวกับระบบสุขภาพ นอกจากสมรรถนะพื้นฐานดังกล่าว พยาบาลห้องผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังจำเป็นต้องมีสมรรถนะเฉพาะเพื่อให้สอดคล้องกับความซับซ้อนของโรค ซึ่งครอบคลุมด้าน โรงพยาบาล บุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ หน่วยงานสนับสนุน กระบวนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต การรับบริจาคไต และผลลัพธ์[5] เป้าหมายของการประเมินและพัฒนาสมรรถนะทั้งสองมิตินี้ คือ การมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสำเร็จในการผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างยั่งยืน

แนวคิดการพัฒนาระดับความเชี่ยวชาญ Novice to Expert ของ Benner (2001)[7] ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1956)[8] และแนวคิด KAP ของ Chandler (2025)[9] กล่าวถึงการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพต้องเกิดจาก ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) เป็นแนวคิดที่นิยมใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด นอกจากนี้ กระบวนการโค้ช (Coaching)[10] ซึ่งเป็นวิธีการที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะจากประสบการณ์อย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ[10] และการฝึกซ้อมด้วยสถานการณ์จำลองเป็นกลวิธีที่ช่วยลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ ส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งในสรีรวิทยาของการปลูกถ่ายและระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งจำเป็นต่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด และยังช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติได้มาก กว่าการสอนในรูปแบบเดิม[11] การฝึกซ้อมในสภาพแวดล้อมจริงของห้องผ่าตัด พยาบาลได้สัมผัสและใช้อุปกรณ์ในพื้นที่จริง ช่วยให้เกิดความคุ้นชินกับตำแหน่งการจัดวางและการเคลื่อนที่ ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องอาศัยสมาธิสูง ประสบการณ์เสมือนจริงนี้ช่วยลดภาวะตื่นตระหนก เมื่อต้องเผชิญ

สถานการณ์จริง ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัด มีความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ห้องผ่าตัดยังมีสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียดและมีความเสี่ยงต่อการสื่อสารผิดพลาด[12] การจำลองสถานการณ์จึงเป็นเครื่องมือในการฝึกทักษะการสื่อสาร ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการส่งเครื่องมือและการบริหารยาในห้องผ่าตัดได้[13]

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง มีศักยภาพโดดเด่นด้านการบริจาคอวัยวะ ในปี พ.ศ.2568 มีการผ่าตัดนำไตออกสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ จากทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปี พ.ศ.2566 - 2568 พบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเท่ากับ 6, 16 และ 26 ราย/ปี ตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 90 เป็นไตที่รับจากผู้บริจาคสมองตาย ปี 2568 พบปัญหาการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด 2 ราย (ร้อยละ 7.70) และพบการติดเชื้อแผลผ่าตัด 3 ราย (ร้อยละ 11.54) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยนานถึง 22.83 วัน (เป้าหมาย 14-21 วัน) ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยพบว่า มีพยาบาลห้องผ่าตัดเพียง 2 คน จาก 55 คน (ร้อยละ 3.63) ที่มีสมรรถนะเฉพาะด้านในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ที่อยู่ในระดับเชี่ยวชาญ (Expert) และเป็นหัวหน้าทีมได้ ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับผู้เรียนรู้และระดับผู้ปฏิบัติ กำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญจึงไม่เพียงพอต่อปริมาณเคสที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับหน่วยงานยังขาดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะที่เป็นระบบและสอดคล้องกับความซับซ้อนของการผ่าตัด ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ การขาดประสบการณ์และการอบรมเฉพาะทางยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อความมั่นใจและการตัดสินใจในสถานการณ์วิกฤต ภาระงานที่สูงและการมีโอกาสดูแลเคสผ่าตัดปลูกถ่ายไตน้อย ทำให้พยาบาลขาดโอกาสในการฝึกฝนทักษะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและปัญหาดังกล่าว พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพัฒนาขีดความสามารถ ให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานที่เปลี่ยนแปลงและท้าทายอยู่เสมอ[6]

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัย เรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยบูรณาการแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมาจัดทำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะฯ ร่วมกับ การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองในพื้นที่จริงและหลักการโค้ช มาเป็นกลวิธีในการพัฒนาสมรรถนะฯ เพื่อยกระดับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด ให้สามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานระดับสากล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี ก่อนและหลัง ได้รับการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2568 ถึง 20 มีนาคม 2569 คณะผู้วิจัย คือ ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต 2 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลการรับบริจาค ปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ 1 ท่าน และมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ร่วมให้ข้อคิดเห็น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ1. พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power คำนวณ Sample Size ตามค่า Medium Effect Size เผื่ออัตราการขาดหาย

ของกลุ่มตัวอย่าง 10 % ได้กลุ่มตัวอย่าง 38 คน และ 2.ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในช่วงที่ศึกษามีข้อจำกัดด้านระยะเวลา และผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นการผ่าตัดที่รับบริจาคไตจากผู้บริจาคสมองตาย ทำให้ไม่สามารถกำหนดวันผ่าตัดและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดได้แน่นอน โดยในระยะประเมินผลหลังพัฒนาสมรรถนะ มีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพียง 6 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบทางสถิติ ผู้วิจัยได้ปรึกษานักสถิติและพิจารณาใช้ข้อมูลผลลัพธ์ตามตัวบ่งชี้ก่อนการพัฒนาสมรรถนะฯ ระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 10 คน มาเปรียบเทียบแนวโน้มและความแตกต่างของข้อมูลผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 25 ข้อ แบบประเมินสมรรถนะฯ พยาบาลห้องผ่าตัด 64 ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล 14 ข้อ และแบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล การเลื่อน/งดผ่าตัด ติดเชื้อของแผลผ่าตัด การเสียชีวิต จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

คุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปและหลอดเลือด อายุรแพทย์โรคไต และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญสาขาอายุรกรรม ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 1) โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯ ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.93 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ประเมินคุณภาพโดยใช้ AGREE II[15] ได้ร้อยละ 89.67 3) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 25 ข้อ 2) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต 64 ข้อ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดปลูกถ่ายไต 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .81, .92, .80 และ .92 และมีค่า Cronbach's alpha coefficients .88, .90, .82 และ .89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบ คะแนนความรู้ และสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .001 วิเคราะห์ คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ใช้กรอบแนวคิด การวิจัยและพัฒนาของ Soukup[1] เป็นแนวทางในการพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ (1 - 10 ธันวาคม 2568) ผู้วิจัยและ ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปี 2566 - 2568 โรงพยาบาลสระบุรีมีสถิติการรับบริจาคไตสูงเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศ และปี 2568 มีการผ่าตัดนำไตออกเป็นอันดับ 1 ของประเทศ มีสถิติผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ปัญหาพบ การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด 2 ราย และ แผลผ่าตัดติดเชื้อ 3 ราย และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยนานถึง 22.83 วัน เกินเป้าหมาย (ตามข้อมูลที่กล่าวข้างต้น)

2. การประเมินระดับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ามีพยาบาลเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.63 ที่มีสมรรถนะระดับผู้เชี่ยวชาญ สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมและสอนงานได้ พยาบาลส่วนใหญ่ที่อยู่ในระดับผู้เรียนรู้ และระดับปฏิบัติ ทำให้บุคลากรที่มีสมรรถนะไม่เพียงพอต่อปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น มีการทำงานล่วงเวลาเกินกำหนด นอกจากนี้

ไตที่นำมาปลูกถ่ายส่วนใหญ่รับบริจาคมาจากผู้ป่วยสมองตาย ทำให้ไม่สามารถกำหนดเวลาผ่าตัดล่วงหน้าได้ จึงเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนสอนหน้างาน

3. วิเคราะห์ความต้องการด้านการพัฒนาสมรรถนะ พบว่าหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการพัฒนาสมรรถนะฯ

4. ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น เพื่อพิจารณามาสร้างกรอบแนวคิดและพัฒนาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯ

5. การศึกษาข้อมูลและโอกาสในการพัฒนาโดยสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่มร่วมกับ พยาบาลศัลยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และสังเกตกระบวนการทำงาน ทำให้เห็นบริบทและปัญหาที่แท้จริง **พบโอกาสในการพัฒนา** 3 ด้านคือ 1) การพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ พยาบาลห้องผ่าตัดควรทำอย่างเป็นระบบเพื่อรองรับจำนวนการผ่าตัดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย 2) การพัฒนารูปแบบและกลวิธีการเรียนรู้ ควรออกแบบโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะฯที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสระบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อให้เกิดทักษะนำไปใช้ได้จริง 3) ควรจัดทำแนวปฏิบัติโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับองค์ความรู้และประสบการณ์ของทีมผู้วิจัย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้และกำกับการปฏิบัติงานให้มีความถูกต้องครอบคลุม

ขั้นที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต (11 ธันวาคม 2568 - 3 กุมภาพันธ์ 2569) ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น มาบูรณาการเพื่อร่างโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความรู้ ทัศนคติที่ดี และมีทักษะการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน ซึ่งมีการดำเนินการ 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. การออกแบบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ทีมวิจัยได้ประชุมเพื่อกำหนดรายละเอียดของโปรแกรม โดยมีการกำหนดเป้าหมายระยะเวลา 4 เดือน: มุ่งเป้าให้มีพยาบาลห้องผ่าตัดก้าวขึ้นสู่สมรรถนะระดับ 5 (ผู้เชี่ยวชาญ) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คน (โดยพัฒนาจากระดับผู้ชำนาญงาน) เพื่อเพิ่มผู้เชี่ยวชาญเป็น 3 คน โดยกำหนดตัวบุคคลหลัก ไว้ชัดเจน และพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างน้อยร้อยละ 50 (19 จาก 38 คน) จะต้องมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น 1 ระดับ การเตรียมทีมผู้สอนและโค้ช โดยให้พยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ 2 คน ทำหน้าที่เป็น "ผู้โค้ช" โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ฝึกอบรมเทคนิคการโค้ช เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้โค้ชได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดตั้งทีมฝึกปฏิบัติ (ผู้วิจัยหลัก, ทีมโค้ช, ศัลยแพทย์) พร้อมกำหนดระยะเวลา แผนการสอนและประเมินผล ผู้วิจัยได้ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จากองค์ความรู้ ประสบการณ์ของทีมวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประเมินความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) จากเอกสารคุณภาพสูง 25 เรื่อง ได้การพยาบาล 4 ระยะคือ ก่อนผ่าตัด ขณะ หลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ชุดเดิม) ก่อนจัดทำเป็นรูปเล่มและไฟล์เอกสารให้พยาบาลได้ศึกษาทำความเข้าใจ การเตรียมสื่อและการจัดอบรม: เตรียมจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเชิญศัลยแพทย์บรรยายเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และผู้วิจัยหลักบรรยายการใช้แนวปฏิบัติฯ จัดหาและคัดเลือกวิดีโอจากยูทูป การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อใช้ประกอบการสอนและให้พยาบาลใช้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติม

2. การพัฒนาเครื่องมือวิจัย (รายละเอียดตามที่กล่าวข้างต้น) โดยนำไปผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ชุดเดิม)

ขั้นที่ 3 การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (4 - 8 กุมภาพันธ์ 2569) หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะฯโดยใช้เวลาพูดคุย 30 นาที เพื่อสร้างความเข้าใจและ

ทัศนคติเชิงบวกต่อการพัฒนา จากนั้นจึงดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ทำการประเมินความรู้และระดับสมรรถนะตั้งต้นของพยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนาสมรรถนะ โดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. การทดลองนำร่อง (Pilot Try-out) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ก่อนใช้จริง นำเครื่องมือและโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมที่จัดทำขึ้นสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

3. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้ แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 38 คน ณ. ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) การศึกษาด้วยตนเองล่วงหน้าจากไฟล์เอกสารแนวปฏิบัติฯ 2) บรรยายการใช้แนวปฏิบัติฯ 4 ระยะ โดยผู้วิจัยหลัก และบรรยายเรื่องสมรรถนะพื้นฐาน และมาตรฐานการตรวจรับรองศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ใช้เวลา 90 นาที 3) การบรรยายทางคลินิกเกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยศัลยแพทย์ทั่วไปและหลอดเลือด ใช้เวลา 60 นาที 4) การศึกษาจากสื่อวิดีโอเพื่อเสริมความรู้และความเข้าใจในเนื้อหา พร้อมทั้งส่งมอบคลิปวิดีโอให้นำไปศึกษาทบทวนด้วยตนเอง

4. การถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะหลังการทดลองโปรแกรมใช้ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยและพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันถอดบทเรียนเพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไข สรุปได้ดังนี้

ปัญหาที่พบ 1.ความคุ้นเคยกับเครื่องมือ: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักและไม่ทราบวิธีการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้ในการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีความซับซ้อน จำนวนมากถึง 93 ชิ้น ขนาดเล็ก บอบบาง และราคาสูง เนื่องจากยังขาดประสบการณ์ลงมือปฏิบัติจริง 2. ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน พยาบาลมีความตื่นเต้นและยังขาดความมั่นใจในการดูแลรักษาสภาพไตบริจาคและการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างถูกต้อง 3. ข้อจำกัดด้านสื่อและการฝึกปฏิบัติ คลิปวิดีโอส่วนใหญ่เป็นภาษาอังกฤษ ทำให้พยาบาลบางส่วนทำความเข้าใจได้ยาก ประกอบกับในช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีเคสผู้ป่วยผ่าตัดจริง จึงไม่สามารถเรียนรู้จากสถานการณ์จริงหน้างานได้ **ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโปรแกรม** ควรจัดให้ทีมโค้ชช่วยอธิบายเนื้อหาในคลิปวิดีโอซ้ำ เพื่อลดอุปสรรคด้านภาษาและความเข้าใจ ควรจัดให้มีการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยใช้เครื่องมือและพื้นที่ห้องผ่าตัดจริง เพื่อสร้างความคุ้นเคย กำหนดระบบหมุนเวียนให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้มีโอกาสเข้าร่วมปฏิบัติงานในเคสผ่าตัดผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจริงอย่างทั่วถึง ปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ โดยสรุปสาระสำคัญให้สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และมีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 4 ปรับปรุงหลังการพัฒนาสมรรถนะและการประเมินผล (8 กุมภาพันธ์ - 20 มีนาคม 2569) ขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็นการปรับปรุงโปรแกรมหลังการทดลองใช้ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง และการนำไปใช้ประเมินผลในสถานการณ์จริง ดังนี้

การปรับปรุงโปรแกรมหลังทดลองใช้ครั้งที่ 1 (8 - 14 กุมภาพันธ์ 2569) นำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมดังนี้

1. การเสริมความรู้โดยโค้ช อธิบายเพิ่มเติมทั้งเนื้อหาสื่อวิดีโอและแนวปฏิบัติฯ

2.การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อออกแบบการฝึกปฏิบัติ โดยใช้สถานการณ์จำลอง เครื่องมือ และสถานที่จริงในห้องผ่าตัด จัดพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 2 คนทำหน้าที่โค้ช แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 38 คน ออกเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่มละ 9-10 คน) และแบ่งย่อยเป็นทีมละ 4-5 คน เพื่อฝึกสลับบทบาทเป็น Scrub Nurse และ Circulating Nurse ฝึกทีมละ 1 ชั่วโมง วันละ 2 รอบ ให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินร่วมกับโค้ชและเพื่อนร่วมทีมจนเกิดความมั่นใจ

3. การปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ ปรับเนื้อหาและการปฏิบัติให้สั้นกระชับ เข้าใจง่าย และเพิ่มรูปภาพเครื่องมือผ่าตัดในแนวปฏิบัติ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

4. การถอดบทเรียนหลังการฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองในแต่ละวัน และสรุปรวบยอดเมื่อฝึกครบทุกคน เพื่อนำปัญหามาปรับปรุงโปรแกรมและให้พยาบาลฝึกซ้อมซ้ำจนมั่นใจ

การนำไปปฏิบัติจริงและการประเมินผล (15 กุมภาพันธ์ - 20 มีนาคม 2569)

หลังจากมั่นใจในทักษะ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ทักษะไปใช้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 6 ราย โดยมีผู้โค้ชคอยให้คำแนะนำ สอนงาน เพิ่มเติมหน้างาน ติดตามสังเกตการณ์ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ และให้ข้อมูลย้อนกลับทันที

การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาสมรรถนะ ผู้วิจัยและโค้ชร่วมกันประเมินผลดังนี้ 1.ด้านผู้ให้บริการ ประเมินความรู้และสมรรถนะ โดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินสมรรถนะฯ ชุดเดิม ร่วมกับการประเมินทักษะการปฏิบัติหน้างานโดยทีมโค้ช และประเมินความพึงพอใจของ กลุ่มตัวอย่าง 2. ด้านคุณภาพบริการและผลลัพธ์ด้านองค์กร ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตกลุ่มตัวอย่าง ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากแบบบันทึกข้อมูล การเลื่อนหรืองดผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน (เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ) การเสียชีวิต และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้จัดทำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯประกอบด้วย 2 ส่วน คือ **1. เครื่องมือที่นำมาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะฯ** ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ประกอบด้วยการพยาบาล 4 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุม 7 ด้าน (ตามที่กล่าวข้างต้น) 2) สื่อการสอน ได้แก่ อุปกรณ์/เครื่องมือ ที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต, โมเดลไตและคลิปวีดิโอจากยูทูป **2. กลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะฯ** คือ 2.1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2.2) ให้ชมคลิปวีดิโอและเรียนรู้ด้วยตนเอง 2.3) ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองในพื้นที่จริง 2.4) ใช้หลักการโค้ช โดยพยาบาลผู้โค้ช 2 คน ตั้งแต่ขั้นตอนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง จนถึงขั้นปฏิบัติจริงหน้างาน

ด้านผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัด 38 คน เพศหญิง 35 คน (ร้อยละ 92) เพศชาย 3 คน (ร้อยละ 8) อยู่ในวัยทำงาน อายุ 30-39 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 44.73 มีอายุงานเฉลี่ย 12 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 47.3) เคยผ่านการอบรมและเคยมีประสบการณ์เข้าร่วมทีมผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 11 คน (ร้อยละ 28.95) เคยมีประสบการณ์ช่วยทีมผ่าตัดรอบนอกและสังเกตการณ์ แต่ไม่ผ่านการอบรมฯ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 21.05) อีก 19 คน (ร้อยละ 50) ไม่มีประสบการณ์และไม่ผ่านการอบรมฯ

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกด้าน โดยความรู้ภาพรวมหลังพัฒนาเท่ากับ 16.29 (S.D. = 3.10) ซึ่งสูงกว่าก่อนพัฒนาที่มีคะแนนเฉลี่ย 9.24 (S.D. = 3.56) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 17.83$, $p < .001$) ระยะก่อนผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก 3.34 (S.D. =1.96) เป็น 7.47 คะแนน (S.D. =1.66)

ภาพรวมสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังพัฒนาฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -10.428$, $p< .001$) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.19 (S.D. = 0.21) เป็น 4.39 (S.D. = 0.15) พบว่ามีสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ถึง 5 ด้าน จาก 7 ด้าน ด้านที่เห็นผลชัดเจนที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มขึ้นสูงสุด (4.08 เป็น 4.43) ส่วนด้านที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ การคงความสมดุลของร่างกาย และความสามารถด้านวิชาชีพ แต่มีค่าคะแนนสมรรถนะเฉลี่ย (Mean) หลังพัฒนาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ (n = 38) ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.54) ด้านส่งเสริมให้เกิดความตระหนักความปลอดภัยแก่ผู้รับการผ่าตัดคะแนนสูงที่สุด (Mean = 4.76, S.D. = 0.43) ระยะก่อนผ่าตัด พึงพอใจมากที่สุดในการประเมินความพร้อมและตรวจสอบเอกสารและความมั่นใจในเทคนิคปราศจากเชื้อ (Mean = 4.68, S.D. = 0.47) ระยะขณะผ่าตัด ทุกด้านมีคะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด การจัดการสารน้ำและยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.71, S.D. = 0.45) การเตรียมไตมีความถูกต้องและปลอดภัย (Mean = 4.65, S.D. = 0.53) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Mean = 4.60, S.D. = 0.49) ส่วนคะแนน ความพึงพอใจด้านการส่งเครื่องมือได้รวดเร็วทันตามขั้นตอนการผ่าตัด มีค่าคะแนนต่ำสุด (Mean = 4.57, S.D. = 0.59) ระยะหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน การเกิดการตระหนักในความปลอดภัย มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ (Mean = 4.76, S.D. = 0.43) การตรวจสอบจำนวนเครื่องมือและผ้าซับเลือด (Mean = 4.60, S.D. = 0.49) และการจัดการสิ่งส่งตรวจ (Mean = 4.60, S.D. = 0.54) การสื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วนเมื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยัง ICU (Mean = 4.50, S.D. = 0.55)

ด้านคุณภาพบริการและองค์กร

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทั้งกลุ่มก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะฯ เป็นผู้ป่วยที่รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนพัฒนาฯจำนวน 10 คน เพศชาย 6 คน ร้อยละ 60 และเพศหญิง 4 คน ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 42 ปี โรคร่วม HT 2 คน และ Stroke 1 คน ส่วนกลุ่มหลังพัฒนาสมรรถนะฯ มีผู้ป่วย 6 คน เพศชาย 4 คน ร้อยละ 66.67 และเพศหญิง 2 คน ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 48 ปี โรคร่วม HT 2 คน และ DM 1 คน

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต หลังพัฒนาสมรรถนะฯ (n=6) ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อน/งดผ่าตัดและไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยก่อนการพัฒนา (n=10) พบอัตราการเลื่อนผ่าตัด และอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดร้อยละ 10 และไม่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ (n = 6) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 4.37 (S.D. = 0.64) เมื่อพิจารณารายด้านได้ดังนี้ มีความพึงพอใจมากที่สุด มี 4 ข้อ ข้อที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน 4.58 (S.D. = .51) ได้แก่ การอธิบายขั้นตอนและเหตุผลก่อนให้การดูแลรักษาและ ห้องพักสะอาด ปลอดภัย มีการยกไม้กั้นเตียงทุกครั้ง ประเด็นด้านคุณภาพและศิลปะการดูแลรองลงมาผู้ป่วยพึงพอใจต่อความเอาใจใส่และสุภาพอ่อนโยนของ ทีมสุขภาพ และด้านความพร้อมและการจัดเตรียมของใช้ที่เพียงพอและสะดวกต่อการใช้งาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (S.D. = .67) การดูแลตรวจร่างกาย ซักถามอาการ ให้ข้อมูลอาการ/แผนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (S.D. = .79) ความพึงพอใจด้านการดูแลต่อเนื่องและผลลัพธ์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (S.D. = .49 และ .77) ส่วนด้านความสนใจรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอก คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4.08 (S.D. = .79) เมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ

ผลลัพธ์ด้านองค์กร จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลังพัฒนาสมรรถนะฯ พบว่าลดลงจากก่อนพัฒนา จาก 14.00 วัน (S.D. = 9.97) เหลือ 12.33 วัน (S.D. = 4.32)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี ในการ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้และสมรรถนะเป็นฐาน กรอบแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมา และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องออกแบบโปรแกรม สำหรับกลวิธีในการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จำลองในพื้นที่จริง ร่วมกับการใช้หลักการโค้ช กระบวนการเหล่านี้ช่วยเปลี่ยนผ่านความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาสมรรถนะโดยใช้โปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ ความพึงพอใจและทัศนคติ รวมถึงทักษะการปฏิบัติงาน ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาสมรรถนะนี้ ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจ รายงานแพทย์ และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ส่งผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้ป่วย คือ ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อแผลผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต และการปลูกถ่ายไตประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ เนื่องจากงานผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีความซับซ้อน จึงต้องการพยาบาลที่มีสมรรถนะเฉพาะทางสูง ทั้งทักษะทางคลินิกและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนพล มั่งคั่ง และ ศิริพร วิวัฒน์กุล (2569)[16] พบว่าการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยยกระดับการตัดสินใจในภาวะวิกฤตได้ดีกว่าการเรียนรู้แบบเดิม รวมถึงสอดคล้องกับ กรรณิกา อำพน และคณะ[17] ที่ระบุว่าการโค้ชช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องและต่อยอดสู่ทักษะปฏิบัติที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น"

ด้านผู้ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังพัฒนา พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา สะท้อนให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นเครื่องมือหลักในการถ่ายทอดความรู้ ควบคู่กับการจัดการเรียนรู้ ผ่านการฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองในพื้นที่จริงและการใช้หลักการโค้ช ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดระบบข้อมูลและทำความเข้าใจเนื้อหาที่มีความซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้นกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Bloom's Taxonomy[8] ที่ระบุว่าการเรียนรู้ซึ่งดำเนินไปตามลำดับขั้น เริ่มจากการจำ ความเข้าใจ ไปจนถึงการประยุกต์ใช้ จะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และคณะ[18] ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าการจัดเนื้อหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ช่วยให้คะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยเมื่อเทียบกับระยะก่อนผ่าตัด เนื่องจากการพยาบาลใน 2 ระยะนี้มีความซับซ้อนและต้องการความรู้เฉพาะทางสูง การพัฒนาสมรรถนะในส่วนนี้จึงต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการสั่งสมประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมินสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะฯ สามารถยกระดับความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้ในทุกมิติ โดยภาพรวมของคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ด้านพฤติกรรมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด ซึ่งเป็นผลจากการที่พยาบาลมีความรู้และทักษะที่แม่นยำในขั้นตอนการปฏิบัติงาน จึงเกิดความมั่นใจ สามารถให้คำแนะนำ และตอบข้อซักถามของครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน สมรรถนะความสามารถด้านวิชาชีพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลพบว่า กลุ่มที่มีคะแนนต่ำเป็นพยาบาลที่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือไม่มีประสบการณ์เข้าช่วยทีมผ่าตัดปลูกถ่ายไตมาก่อน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการศึกษา ทั้งระยะเวลาและจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ทำให้พยาบาลได้ลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงไม่ทั่วถึงทุกคน ประกอบกับในระยะผ่าตัดปลูกถ่ายไตต้องอาศัยทักษะเชิงเทคนิคที่ซับซ้อนสูง ต้องจัดการกับเครื่องมือผ่าตัดที่มีความละเอียดอ่อนถึง 93 ชิ้น ภายใต้ความกดดันเรื่องเวลาที่อวัยวะขาดเลือด (Ischemic time) และต้องอาศัยความแม่นยำ

ในการเตรียมสารละลายล้างไต การพัฒนาสมรรถนะด้านนี้จึงต้องใช้เวลาและประสบการณ์มากกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวิภา ติตถะสิริ และคณะ[19] ที่ระบุว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงมักมีสมรรถนะพื้นฐานคงที่ แต่ต้องการการพัฒนาด้านทักษะการคิดวิเคราะห์ขั้นสูงและการจัดการรายกรณีที่ซับซ้อน เมื่อประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ของ Benner พบว่ามีพยาบาลร้อยละ 55.26 (21 จาก 38 คน) ที่มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 50 ที่สำคัญคือ มีพยาบาล 1 คนสามารถเลื่อนระดับจากผู้ชำนาญงาน (Proficient) ขึ้นเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ส่งผลให้ทีมมีหัวหน้าทีมเพิ่มขึ้นอีก 1 คน (รวมเป็น 3 คน) ความสำเร็จนี้เป็นผลมาจากการตั้งเป้าหมายการพัฒนา และการกำหนดบุคคลหลักที่ชัดเจน

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯในภาพรวมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61) พบว่า ประเด็นที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ความมั่นใจด้านความปลอดภัย รองลงมาคือ ความชัดเจนในการบันทึกสารน้ำและยา นอกจากนี้ ยังสะท้อนความเห็นว่า กระบวนการพัฒนาสมรรถนะไม่ก่อให้เกิดภาระงานที่ซ้ำซ้อน และมีความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงาน ซึ่งทัศนคติเชิงบวกนี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้เกิดความยั่งยืนในการนำไปปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ AORN[4] ที่ระบุว่า การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อระบบบริการ โดยไม่เพียงช่วยยกระดับความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการ

ด้านคุณภาพบริการและผลลัพธ์ทางองค์กร: การพัฒนาสมรรถนะฯ ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่พบแผลผ่าตัดติดเชื้อ สอดคล้องกับแนวคิดของ AORN[4] ที่ระบุว่า การฝึกอบรมเพิ่มสมรรถนะเชิงเทคนิค คู่กับการรักษาสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดในกระบวนการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในกระแสเลือดและแผลผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ในด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและระบบบริการ ยังพบว่าภายหลังการพัฒนา ไม่มีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al.[20] ที่ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลที่มีสมรรถนะสูงในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนและขณะผ่าตัด จะมีศักยภาพในการเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อมของสารน้ำและยากดภูมิคุ้มกันได้อย่างแม่นยำ ส่งผลให้อวัยวะที่ปลูกถ่ายฟื้นตัวและทำงานได้ดี ไม่เกิดภาวะต่อต้านไต และช่วยลดการเสียชีวิตในระยะเฉียบพลัน ความสำเร็จจากตัวชี้วัดทั้งหมดนี้ จึงสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว สามารถช่วยแก้ไขปัญหาในจุดวิกฤตของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้อย่างแท้จริง

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตพบว่ามีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผลลัพธ์นี้เป็นเครื่องยืนยันว่า สมรรถนะของพยาบาลด้านพฤติกรรมการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด) ได้ถูกนำมาถ่ายทอดสู่การปฏิบัติงานจริงจนผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ สอดคล้องกับทิศทางของแผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565 – 2569[21] ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลด้วยความเอื้ออาทร และเน้นย้ำการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดีเยี่ยมให้แก่ผู้รับบริการ

เมื่อพิจารณาด้านการดูแลต่อเนื่องและการเตรียมความพร้อม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึง ICUรวมถึงการได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ความสำเร็จในส่วนนี้เกิดจากการที่แนวปฏิบัติได้กำหนดบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลไว้อย่างชัดเจน ประกอบกับความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่างทีมผู้วิจัย คือหัวหน้ากลุ่มงาน

บริจาค ปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด สอดคล้องกับวิภาวดี ว่องวรานนท์[22] ที่ระบุว่า การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ และมีความพร้อมในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

ด้านผลลัพธ์ระดับองค์กร ผลจากการพัฒนาสมรรถนะ ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแปรปรวน ของบริการที่ลดลง อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่พยาบาลมีความสามารถและยึดถือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Hsu et al.[23] ที่กล่าวว่า การลดความแปรปรวนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยคือกุญแจสำคัญสู่ความปลอดภัยและการฟื้นตัวที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การประสานงานที่ไร้รอยต่อของทีมพยาบาลห้องผ่าตัด มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากภาวะวิกฤตได้รวดเร็วขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการนอนโรงพยาบาลนาน นอกจากนี้แล้ว การพัฒนาสมรรถนะด้วยโปรแกรมนี้ ส่งผลให้พยาบาลมีความตระหนักรู้ สามารถประเมินและตรวจจับสัญญาณความผิดปกติระหว่างการผ่าตัดได้ และรายงานแพทย์ผู้ผ่าตัดได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จากแนวโน้ม ของตัวชี้วัดทั้งหมดที่มีทิศทางดีขึ้นอย่างชัดเจน จึงถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ว่าไม่เพียงแต่ช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพบริการขององค์กรให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว

สรุป

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยโปรแกรมที่บูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับกลวิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย อาทิ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองในพื้นที่จริง และ การใช้หลักการโค้ช ส่งผลให้พยาบาลมีระดับความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในขั้นตอนวิกฤตที่มีข้อจำกัดด้านเวลา (Ischemic time) เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นเอกภาพ ช่วยส่งเสริม "ความไวเชิงวิชาชีพ" ในการเฝ้าระวังความผิดปกติและลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในระยะก่อนและระหว่างผ่าตัด การวิจัยยืนยันว่าการพัฒนาสมรรถนะตามแนวคิด "จากผู้ปฏิบัติสู่ผู้เชี่ยวชาญ" ช่วยยกระดับคุณภาพบริการ ทั้งในการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการติดเชื้อ และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้การผ่าตัดปลูกถ่ายไตประสบความสำเร็จ และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระดับองค์กรอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดเป็นหลักสูตรมาตรฐานโดยบรรจุโปรแกรมการฝึกสถานการณ์จำลองเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เพื่อสร้างมาตรฐานสมรรถนะที่เท่าเทียมกัน และ ผู้บริหารควรสนับสนุนงบประมาณและเวลาในการฝึกซ้อมอย่างต่อเนื่อง

2. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและจำนวนผู้ป่วย จึงควรขยายเวลาทำการศึกษาในระยะประเมินผลเพิ่มขึ้น ให้มีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มากพอและติดตามความคงอยู่ของทักษะ การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โสภณ จิรสิริธรรม. แนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานสากล. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข. 2562; 10(2): 45-58.

2. จารีศรี กุลสิริปุญโญ. การพัฒนาเกณฑ์การประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลกองทัพบก. 2558; 16(2): 123-30.
3. นงลักษณ์ พวงดอกไม้, สุชาดา อินทรบุตร. การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก. นครนายก: ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; 2567.
4. AORN. Results of the 2006 AORN salary survey: Trends for perioperative nursing. AORN J. 2006; 84(6): 952-63.
5. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย. มาตรฐานการตรวจรับรองโรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สภากาชาดไทย; 2564
6. Cui S, Jiang Y, Shi Q, Zhan L, Komg D, Qian M, et al. Impact of COVID-19 on anxiety, stress, and coping styles in nurses in emergency departments and fever clinics: A cross-sectional survey. Risk Manag Health Policy. 2021; 14: 585-94.
7. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2001.
8. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: David McKay; 1956.
9. Spross JA. The coaching function of the advanced practice nurse. In: Tracy MF, O'Grady ET, editors. Hamric and Hanson's advanced practice nursing: an integrative approach. 6th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2019. p. 161-182.
10. Chandler J, Sibley A, Darnton P, Less A, Defever E. Evaluating Innovations in Health Service: A Team Competency Framework. In: Kaehne A, Feather J, editors. Handbook of Health Services Evaluation. Philadelphia: Springer; 2025. p. 391-412.
11. ปิยะนุช จิตตนันท์. การพยาบาลผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ: จากทฤษฎีสู่แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
12. กนกพร จงอนุกูล, ปัญจมาภรณ์ อุดมวิชา, ทัศนีย์ ทองสว่าง. ผลของการฝึกอบรมด้วยสถานการณ์จำลองต่อสมรรถนะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมของพยาบาลห้องผ่าตัด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(4): 115-24.
13. ฐิติมา ทวีรัตน์, สุชาดา เนียมคำ. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลจบใหม่. วารสารพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564; 48(2): 210-22.
14. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: the four levels. 3rd ed. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2006.
15. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010; 182(18): E839-42.
16. ธนพล มั่งคั่ง, ศิริพร วิวัฒน์กุล. ผลของโปรแกรมสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความเชื่อมั่นในตนเองและสมรรถนะการพยาบาลผ่าตัดปลูกถ่ายไต. วารสารพยาบาล. 2569; 75(1): 15-25.
17. กรรณิกา อำพน, และคณะ. ผลของการโค้ชต่อทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสภาการพยาบาล. 2564; 36(2): 45-58.
18. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัด. 2562; 10(2): 30-42.
19. วรรณวิภา ติตถะสิริ, อารีย์รัตน์ ส่งสกุลวัฒนา, และณฐวัฒน์ สุวรรณวัฒน์. ต้นแบบระบบอาจารย์ที่ปรึกษาอัจฉริยะ. วารสารศิลปะการจัดการ. 2567; 8(1): 38-56.
20. Smith A, et al. Nursing competence and clinical outcomes in organ transplantation. J Transplant Nurs. 2021; 15(4): 201-15.

21. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565 – 2569. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
22. วิภาวดี ว่องวรานนท์. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2565.
23. Hsu LL, et al. Clinical competence and process variation in nursing care. Int J Qual Health Care. 2020; 32(5): 315-22.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

FACTORS ASSOCIATED WITH WORKING PERFORMANCE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN NON-COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND CONTROL BANGLEN DISTRICT, NAKHON PATHOM PROVINCE.

(Received: June 13,2026 ; Revised: June 24,2026 ; Accepted: June 25,2026)

คัทลียา วารีใส[1] ประภาเพ็ญ สุวรรณ[2]
Khatthaliya warisai[1] Prapapen Suwan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.41 ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.59 รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง (r=0.462 p-value < 0.05) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม (r = 0.271 และ 0.311, p-value < 0.05 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย, ประชาชน, ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย, แรงจูงใจต่อการจัดการขยะมูลฝอย

Abstract

This research was a cross-sectional study aimed at examining the factors associated with the working performance of village health volunteers in the prevention and control of non-communicable diseases in Banglen District, Nakhon Pathom Province. The sample consisted of 298 participants. The instrument used for data collection was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, minimum, maximum, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics, including the Chi-square test and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that the performance of Village Health Volunteers (VHVs) in the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs) was at a high level (61.41%), while 38.59% were at a moderate level. Monthly income was found to have a moderate positive correlation with the performance of VHVs in the prevention and control of NCDs (r = 0.462, p-value < 0.05). In addition, length of service and work motivation were found to have low positive correlations with the performance of VHVs in the prevention and control of NCDs in Bang Len District, Nakhon Pathom Province (r = 0.271 and 0.311, respectively; p-value < 0.05).

[1] ส.ม. (การบริหารงานสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี
[2] รศ.ดร., อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี corresponding author

Keywords: Village Health Volunteers (VHVs), Social Support, Work Motivation, Non-Communicable Diseases (NCDs), Performance of Village Health Volunteers

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขของ ประเทศไทย มีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม การคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับชุมชนและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อควบคุมปัญหาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง (NCDs)อย่างยั่งยืน

ในระดับปฐมภูมิอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเข้าถึงประชาชนในชุมชนหรือให้ทันกับปัญหา NCDs ที่เพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ[1] การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถทำได้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เป็น กำลังหลักระดับรากหญ้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าบุคลากรสุขภาพภาคประชาชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับชุมชนและการป้องกันโรคอย่างยั่งยืน[2] ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน เช่น การติดตามระดับความดันโลหิต การให้คำแนะนำในการควบคุมน้ำตาลในเลือด และการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการและการดูแลไขมันในเลือด ทั้งนี้ อสม. ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ในการดำเนินงานดังกล่าว[1]

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อระบุปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในบริบทพื้นที่จริง และนำไปสู่การพัฒนาระบบสนับสนุน การฝึกอบรม และมาตรการด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรระดับชุมชนอย่างเหมาะสมและยั่งยืน[3]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม[4] กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel[5] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 289 คน กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel จำนวน 298 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg ซึ่งอธิบายว่าปัจจัยจูงใจมีผลต่อความพึงพอใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน[7] ทั้งนี้ แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐมประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ และใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House ซึ่งอธิบายว่าการสนับสนุนจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวมีผลต่อพฤติกรรมและผลการปฏิบัติงานของบุคคล[8]

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ เพื่อใช้พรรณนา (Descriptive) และตรวจสอบความแตกต่างด้านปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการได้รับการแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงทางสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเสนอต่อองค์การบริหารส่วนอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้หลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที ผู้วิจัยและผู้ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ปัจจัยส่วนบุคคล	การมีส่วนร่วมของประชาชน	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุ	-0.0.31	0.605
รายได้ต่อเดือน	0.462	0.001*
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.231	0.001*

***p-value<0.05**

จากตารางที่ 1 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (p-value > 0.05) รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (r=0.462,p-value < 0.05) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (r=0.231,p-value < 0.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมของประชาชน	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.311	0.001*

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (r=0.311,p-value < 0.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 ที่ระบุว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมของประชาชน	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.54	0.361

จากตารางที่ 3 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (p-value > 0.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม อภิปรายผล ได้ดังนี้คือ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 61.41 ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.59 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านอภิปรายได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน กับปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า

1) เพศ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถอธิบายได้ว่าบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นงานที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพประชาชน การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างสามารถปฏิบัติงานได้ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากได้รับการอบรม ความรู้ และแนวทางการดำเนินงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในลักษณะเดียวกัน อีกทั้งการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และการประสานงานกับประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อาศัยความรับผิดชอบ ความเสียสละ และจิตอาสามากกว่าความแตกต่างด้านเพศ จึงทำให้เพศไม่มีผลต่อระดับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ความรู้ และการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขมากกว่าช่วงอายุของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกช่วงอายุได้รับการอบรมและแนวทางการปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน อีกทั้งการดำเนินงานด้านการป้องกันและ

ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อยและอายุมาก เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และการประสานงานกับประชาชนในพื้นที่ จึงทำให้อายุไม่มีผลต่อระดับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่า แม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่ทุกคนได้รับการอบรม ถ่ายทอดความรู้และพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุขจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังอาศัยประสบการณ์ในการทำงาน ความเสียสละ ความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่าระดับการศึกษาเพียงอย่างเดียว จึงอาจทำให้ระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อระดับการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน

4) อาชีพ อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นภารกิจที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งอาศัยความรับผิดชอบ ความเสียสละ จิตอาสา และการปฏิบัติตามแนวทางของหน่วยงานสาธารณสุขเป็นสำคัญ มากกว่าการขึ้นอยู่กับประเภทของอาชีพที่ประกอบอยู่ นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกกลุ่มอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นเกษตรกร รับจ้างทั่วไป ค้าขาย หรืออาชีพอื่น ล้วนได้รับการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข และมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในลักษณะเดียวกัน ส่งผลให้มีแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใกล้เคียงกัน ทั้งด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน จึงทำให้อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง กิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถดำเนินการควบคู่กับการใช้ชีวิตประจำวันได้ จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกกลุ่มอาชีพสามารถปฏิบัติงานได้ไม่แตกต่างกันมาก

5) รายได้ต่อเดือน รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.462$, p-value < 0.05) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งมีผลต่อความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้เพียงพอหรือมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มักมีความ

พร้อมทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และทรัพยากรในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การเข้าร่วมประชุม อบรม หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่องมากกว่า นอกจากนี้ ผู้ที่มีรายได้เหมาะสมอาจสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี และสื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพได้สะดวกยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ระดับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับที่ดีกว่า ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ แสงทอง และสุภาวดี จันทร์ดี[4] ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.311$, p-value < 0.05) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถอธิบายได้ว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความกระตือรือร้น ความตั้งใจ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีแรงจูงใจสูงมักมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ การติดตามดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง และการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ แรงจูงใจยังมีผลต่อความเสียสละ ความภาคภูมิใจ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะแรงจูงใจที่เกิดจากการได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชน การได้รับคำชื่นชมจากหน่วยงานสาธารณสุข หรือการเห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมุ่งมั่นและมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีแรงจูงใจสูงมักมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาความรู้และทักษะด้านสุขภาพ รวมถึงมีความพร้อมในการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่และภารกิจด้านสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย จึงส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีแรงจูงใจต่อ

แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.054$, p-value > 0.05) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่า แม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานสาธารณสุข แต่แรงสนับสนุนดังกล่าวอาจไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อระดับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจน เนื่องจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอื่นร่วมด้วย เช่น ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบส่วนบุคคล ความเสียสละ แรงจูงใจในการทำงาน รวมถึงบริบทของชุมชนในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างชัดเจนจากหน่วยงานสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของชุติมา แก้วประเสริฐ และปิยะนุช วงศ์สว่าง[3] ที่พบว่าการมีส่วน

ร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน

สรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ตำบลดงขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.15 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับผลประโยชน์และด้านการดำเนินการอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ด้านการตัดสินใจและด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อย ($p\text{-value} < 0.05$) รวมถึงแรงจูงใจต่อการจัดการขยะมูลฝอย ($r = 0.141$, $p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ได้แก่ เพศ อาชีพ และความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย ($p\text{-value} > 0.05$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมแรงจูงใจและการพัฒนาศักยภาพของประชาชนตามช่วงอายุและระดับการศึกษา เป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยส่งเสริมแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชน

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและสร้างขวัญกำลังใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. หน่วยงานสาธารณสุขควรวางแผนพัฒนาการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละบุคคล

4. ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มปริมาณและคุณภาพการปฏิบัติงาน

5. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเชิงลึก ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจบริบทการทำงาน ความต้องการ และข้อจำกัดที่ไม่สามารถอธิบายได้จากข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

2.ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างกัน เช่น การยกย่องเชิดชูเกียรติ การให้รางวัล การพัฒนาศักยภาพ หรือการสนับสนุนสวัสดิการ เพื่อประเมินว่ารูปแบบใดสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและสร้างความต่อเนื่องในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากที่สุด

3.ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ การนิเทศติดตามงาน และการพัฒนาความรู้ เพื่อให้ทราบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการใดมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น สำหรับคำปรึกษาและข้อแนะนำอันทรงคุณค่า ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สาธารณสุขอำเภอบางเลน ผู้อำนวยการและบุคลากร รพ.สต. อำเภอบางเลน ตลอดจน อสม. อำเภอบางเลนทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและสละเวลาที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค.(2565). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=6

2.กรมควบคุมโรค.(2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย; 2566–2570.

3.ชุติมา แก้วประเสริฐ, ปิยะนุช วงศ์สว่าง.(2567). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2567;18(1):15-30.

4.พรทิพย์ แสงทอง, สุภาวดี จันทร์ดี.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):45-58.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.(2568). รายงานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2568. นครปฐม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม; 2568.

6.Daniel WW, Cross CL.(2023). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 12th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2023.

7.Herzberg F.(1959). The motivation to work. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1959.

8.House JS.(1981). Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley Publishing Company; 1981.

9.World Health Organization.(2018). WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2026 May 30]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/275474

10.World Health Organization.(2023) Noncommunicable diseases: Key facts [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 May 30]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา ผลของพรมมิกับโรคเรื้อรัง หลักฐานเชิงประจักษ์และมุมมองในอนาคต

BACOPA MONNIERI AND CHRONIC DISEASES CURRENT EVIDENCE AND PERSPECTIVES A Narrative Review.

(Received: June 13,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

นรมน ประภาสิทธิ[1] ภาวิต หน่อไชย[2]
Naa-ramon Prapasit[1] Phawit Norchai[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับองค์ประกอบทางพฤกษเคมี กลไกการออกฤทธิ์ระดับโมเลกุล ผลทางคลินิก และความปลอดภัยของพรมมิในบริบทของโรคเรื้อรัง เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา สืบค้นและสังเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, Google Scholar และ ThaiJO คัดเลือกการศึกษาพรีคลินิกและคลินิกที่เกี่ยวข้องกับสารออกฤทธิ์ วิถีสัญญาณ ผลทางเภสัชวิทยา ผลการรักษา และความปลอดภัย แล้ววิเคราะห์เชิงประเด็นตามกลไกและกลุ่มโรค

ผลการศึกษาพบว่า สารออกฤทธิ์หลักกลุ่มบาโคไซด์และบาโคปาไซด์ ร่วมกับฟลาโวนอยด์และอัลคาลอยด์ ออกฤทธิ์ประสานกันต่อพยาธิสภาพร่วมของโรคเรื้อรังผ่านการกระตุ้นระบบต้านอนุมูลอิสระวิถี Nrf2 การยับยั้งการอักเสบผ่านวิถี NF-**K**B การรักษาเสถียรภาพของไมโตคอนเดรีย และการปรับสมดุลระบบสื่อประสาทผ่านการยับยั้ง AChE และวิถี BDNF–CREB หลักฐานทางคลินิกที่หนักแน่นที่สุดอยู่ในด้านการรู้คิด ขณะที่หลักฐานด้านเมตาบอลิก หัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาพรีคลินิก ข้อมูลความปลอดภัยจากการศึกษาพรีคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ต้องเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบทางเดินอาหารจากสารกลุ่มซาโปนิน และความเสี่ยงจากปฏิกิริยาระหว่างยาผ่านการยับยั้งเอนไซม์ไซโตโครม พี450 กล่าวได้ว่า พรมมิแสดงฤทธิ์เภสัชวิทยาแบบพหุเป้าหมายที่สอดคล้องกับพยาธิกำเนิดร่วมของโรคเรื้อรัง จะต้องมีการวิจัยทางคลินิกแบบสุ่มขนาดใหญ่ และการศึกษาเภสัชจลนศาสตร์และความปลอดภัย เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้จริง

คำสำคัญ: พรมมิ โรคเรื้อรัง เภสัชวิทยาพหุเป้าหมาย ภาวะเครียดออกซิเดชัน

Abstract

This study was survey research aimed to synthesise empirical evidence regarding the phytochemical composition, molecular mechanisms of action, clinical outcomes, and safety of Bacopa monnieri in the context of chronic diseases. It is a descriptive literature review, sourcing and synthesising data from PubMed, Scopus, Google Scholar, and ThaiJO databases. Preclinical and clinical studies related to active compounds, signalling pathways, pharmacological effects, therapeutic outcomes, and safety were selected and analysed thematically by mechanism and disease group.

The study found that the main active compounds, bacosides and bacopasaponins, along with flavonoids and alkaloids, work synergistically on the shared pathophysiology of chronic diseases through activation of the antioxidant Nrf2 pathway, inhibition of inflammation via the NF-**K** B pathway, stabilisation of mitochondria, and modulation of the neurotransmitter system through AChE inhibition and the BDNF–CREB pathway. The strongest clinical evidence is in the area of cognition, while evidence in metabolism, cardiovascular health, and cancer is mostly from preclinical studies. Preclinical safety data are favourable,

[1] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
[2] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต Corresponding author

but gastrointestinal adverse effects from saponins and the risk of drug interactions through inhibition of cytochrome P450 enzymes must be monitored. It can be said that Bacopa monnieri exhibits multi-target pharmacological effects consistent with the shared pathogenesis of chronic diseases. Large-scale randomised clinical trials and studies on pharmacokinetics and safety are needed to confirm its efficacy and safety in real-world use.

Keywords: ***Bacopa monnieri*** **chronic diseases multi-target pharmacology oxidative stress**

บทนำ

ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ภาวะโรคเรื้อรังทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นและกลายเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุข การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาได้เปลี่ยนรูปแบบการเจ็บป่วยของประชากรจากการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs)[1] องค์การอนามัยโลกนิยามโรคเรื้อรังว่า เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคยาวนาน ค่อยเป็นค่อยไป เกิดจากการสะสมของปัจจัยร่วมเป็นระยะเวลานาน และต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมกลุ่มโรคหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2[2] นอกจากนี้ โรคความเสื่อมของระบบประสาทและปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังยังถูกจัดรวมอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังด้วย เนื่องจากมีกลไกการเกิดโรคร่วมกัน[2,3]

เมื่อวิทยาศาสตร์การแพทย์ศึกษาลึกลงไปพบว่า แม้อาการแสดงของโรคเหล่านี้จะส่งผลต่ออวัยวะที่ต่างกัน แต่มีพยาธิกำเนิดร่วมกัน ได้แก่ (1) ภาวะเครียดออกซิเดชัน เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างอนุมูลอิสระชนิดออกซิเจน (Reactive Oxygen Species : ROS) กับระบบต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อสารพันธุกรรม การทำลายโครงสร้างโปรตีน และไขมันจากอนุมูลอิสระ (lipid peroxidation) ที่เยื่อหุ้มเซลล์[4] (2) ภาวะอักเสบระดับต่ำเรื้อรัง ที่ขับเคลื่อนผ่านวิถี NF-**K**B และ MAPK สะสมจนนำไปสู่ความเสื่อมของเซลล์และความบกพร่องของอวัยวะ[5] และ (3) ความผิดปกติของไมโตคอนเดรีย ทำให้การผลิตพลังงานและการรักษาสมดุลภายในเซลล์บกพร่อง พร้อมทั้งส่งเสริมวิถีการตายของเซลล์แบบตามโปรแกรม (apoptosis)[3,6]

การค้นพบจุดร่วมทางชีวภาพนี้นำไปสู่การตั้งคำถามต่อแนวคิดการรักษาแบบ หนึ่งยา หนึ่งเป้าหมาย (one-drug one-target) ในบริบทของโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน การใช้ยาเดี่ยวมักไม่เพียงพอและอาจก่อปัญหาผลข้างเคียงหรือการดื้อยา ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนจึงสนใจสารที่ออกฤทธิ์แบบพหุเป้าหมาย โดยเฉพาะพรมมิ ซึ่งมีสารกลุ่มบาโคไซด์ทำหน้าที่เสมือนตัวปรับสมดุลระดับโมเลกุลที่กำกับเครือข่ายสัญญาณชีวภาพหลายระบบพร้อมกัน[3]

พรมมิ *(Bacopa monnieri)* หรือ Brahmi เป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่มีประวัติการใช้ยาวนานในระบบการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย คัมภีร์โบราณจัดพรมมิไว้ในหมวด Medhya Rasayana โดย Medhya สื่อถึงสติปัญญาและความทรงจำ และ Rasayana หมายถึง การฟื้นฟูหรือชะลอวัย[7] ถึงแม้จะมีงานวิจัยตีพิมพ์เกี่ยวกับพรมมิออกมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลโดยเฉพาะในบริบทของการป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง มีความหลากหลายของวิธีสกัดและการกำหนดมาตรฐานสารสกัด เป็นอุปสรรคต่อการประสิทธิผลทางคลินิก และการรักษาซ้ำ[8,9] บทความนี้จึงเน้นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน เชื่อมโยงองค์ประกอบทางพฤกษเคมีกับกลไกการออกฤทธิ์ กับพยาธิสภาพ เป็นจุดร่วมของโรคเรื้อรัง ควบคู่กับการพิจารณาความปลอดภัย ข้อควรระวัง และทิศทางการวิจัยครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับองค์ประกอบทางพฤกษเคมี กลไกการออกฤทธิ์ระดับโมเลกุล ผลทางคลินิก และความปลอดภัยของพรมมิ ในบริบทของโรคเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) สืบค้นวรรณกรรมจากฐานข้อมูลวิชาการที่ยอมรับในระดับสากล ได้แก่ PubMed, Scopus, Google Scholar และฐานข้อมูลวารสารไทย ThaiJO โดยใช้คำสำคัญ เช่น *Bacopa monnieri*, bacoside, Brahmi, chronic disease, oxidative stress, neuroprotection, diabetes, cancer และ herb-drug interaction เกณฑ์การคัดเข้าคือ การศึกษาพรีคลินิก ในหลอดทดลองและในสัตว์ทดลอง และการศึกษาทางคลินิกที่รายงานสารออกฤทธิ์ วิถีสัญญาณ ผลทางเภสัชวิทยา ผลการรักษา หรือข้อมูลความปลอดภัยของพรมมิ ส่วนรายงานที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับพรมมิหรือโรคเรื้อรังจะถูกคัดออก จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงประเด็น ตามกลไกการออกฤทธิ์และกลุ่มโรค

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต (DPUHREC) ตามเลขที่โครงการ DPUHREC2402/2568 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการศึกษา

องค์ประกอบทางพฤกษเคมีและการกำหนดมาตรฐาน

พรมมิมีปริมาณซาโปนินไตรเทอร์พีนชนิดดัมมาราน (dammarane) สูง ซึ่งเป็นที่รู้จักในระดับสากลว่าบาโคไซด์ (bacosides) สารกลุ่มนี้ทำหน้าที่เป็นทั้งสารออกฤทธิ์หลักและสารบ่งชี้ทางเคมี (chemical marker) สำหรับการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและการกำหนดมาตรฐานสารสกัด โดยบาโคไซด์ เอ (Bacoside A) เป็นสารผสมของซาโปนินไกลโคไซด์ มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ บาโคไซด์ เอทรี บาโทปาไซด์ ทู บาโคปาซาโปนิน ซี และ จูจูโบจีนินไอโซเมอร์ของบาโคปาไซด์ เอ็กซ์[8] ในเชิงโครงสร้าง บาโคไซด์ประกอบด้วยส่วนแกนกลางแอกลัยโคน (aglycone) ชนิดดัมมาราน ซึ่งมักเป็นแบบจูจูโบจีนิน (jujubogenin) หรือ ซูโดจูโบจีนิน (pseudojujubogenin) เชื่อมกับหมู่น้ำตาล ความแตกต่างของการจัดเรียงหมู่น้ำตาลกำหนดความหลากหลายทางชีวภาพของบาโคไซด์แต่ละชนิด ความแตกต่างเชิงโครงสร้างนี้มีนัยสำคัญทางเภสัชวิทยา เนื่องจากกรณีศึกษาบางเรื่องศึกษาต่างกัน เช่น ใช้สารสกัดรวม หรือใช้สารบริสุทธิ์เฉพาะชนิด หรือเฉพาะส่วนแอกลัยโคน อาจให้ฤทธิ์ทางชีวภาพต่างกัน[8,9]

นอกเหนือจากกลุ่มซาโปนิน พรมมิยังอุดมไปด้วยสารประกอบฟีนอลิกและฟลาโวนอยด์ที่ทำหน้าที่เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น ลูทีโอลิน อะพิเจนิน และเควอซิทิน[9] การศึกษาในประเทศไทยโดยใช้การวิเคราะห์ทางโครมาโทกราฟียืนยันว่าพรมมิมีทั้งบาโคไซด์ ไอ บาโคไซด์ เอทรี บาโทปาไซด์ทู บาโคปาซาโปนิน ซี บาโคปาซาโปนิน เอ็กซ์ และฟลาโวนอยด์ ลูทีโอลิน อะพิเจนิน พร้อมฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ และปริมาณสารออกฤทธิ์เปลี่ยนแปลงตามระยะการเจริญเติบโตของพืช[10] ขณะที่สารกลุ่มอัลคาลอยด์ เช่น บรามีน และเฮอร์พีสทีน มีบทบาทในการระงับปวดและปรับสมดุลสารสื่อประสาทผ่านระบบ GABAergic และไฟโตสเตอรอล เช่น เบต้า-ซิโตสเตอรอล สติกมาสเตอรอล และ สติกมาสตานอล แสดงฤทธิ์ต้านการอักเสบและลดระดับไขมัน[9]

ความหลากหลายของเมแทบอไลต์ดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญของการออกฤทธิ์แบบหลายเป้าหมาย โดยสารกลุ่มบาโคไซด์มีบทบาทหลักในการฟื้นฟูการสื่อสารระหว่างเซลล์และปกป้องไมโตคอนเดรีย สารฟลาโวนอยด์ป้องกันความเสียหาย

จากภาวะเครียดออกซิเดชัน และสารกลุ่มสเตอรอลปรับสมดุลการอักเสบเชิงระบบ การทำงานร่วมกันอย่างสอดคล้องนี้สนับสนุนแนวคิดว่าการใช้สารสกัดรวมอาจให้ประสิทธิผลเหนือกว่าการใช้สารบริสุทธิ์เดี่ยวเพียงชนิดเดียว[3]

เทคโนโลยีการสกัดและการควบคุมคุณภาพ

โครงสร้างโมเลกุลของบาโคไซด์มีความเปราะบางและไวต่อความร้อนและสภาวะกรด (thermolability) การสกัดแบบดั้งเดิมที่ใช้ความร้อนสูงอาจเร่งการสลายตัวของสารสำคัญและทำให้คุณภาพไม่สม่ำเสมอ การใช้เอทานอลหรือเอทานอลผสมน้ำให้ปริมาณซาโปนินสูงกว่าการใช้น้ำเพียงอย่างเดียว เนื่องจากบาโคไซด์มีความเป็นขั้วปานกลาง ขณะที่การสกัดด้วยน้ำเอื้อต่อการได้สารฟีนอลิกและฟลาโวนอยด์ เพื่อแก้ข้อจำกัดด้านความไวต่อความร้อนและสารตกค้าง จึงมีการพัฒนาเทคโนโลยีการสกัดที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การสกัดด้วยของไหลเหนือวิกฤต ที่ทำได้ที่อุณหภูมิต่ำ การสกัดด้วยคลื่นอัลตราซาวด์ ที่อาศัยปรากฏการณ์คาวิเทชันเชิงเสียง (acoustic cavitation) และตัวทำละลายยูเทกติกเชิงลึกจากธรรมชาติ (Natural Deep Eutectic Solvents : NADES) โดยงานวิจัยพบว่าการใช้ NADES ร่วมกับอัลตราซาวด์สามารถดึงสารกลุ่มซาโปนินและฟีนอลิกได้สูงกว่าการใช้เอทานอลหรือน้ำอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งย่อยสลายทางชีวภาพได้และปลอดภัย[11]

ความผันแปรของสารสำคัญในวัตถุดิบขึ้นอยู่กับปัจจัยทางพันธุกรรม สภาพแวดล้อม และระยะการเจริญเติบโต โดยพบว่าปริมาณสารออกฤทธิ์และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระเปลี่ยนแปลงตามช่วงอายุของพืช[10] พรมมิเป็นพืชน้ำที่มีความสามารถในการสะสมโลหะหนักและสารพิษจากสิ่งแวดล้อม (bioaccumulation) ได้สูง ทั้งจากแหล่งน้ำและดินที่ปนเปื้อน โดยเฉพาะโลหะหนัก เช่น แคดเมียม[12] และโลหะทรานซิชันอื่นๆเช่นทองแดง สังกะสี แมงกานีส[13] จากกิจกรรมอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม ซึ่งไม่เพียงส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค แต่ยังรบกวนวิถีการสังเคราะห์สารทุติยภูมิ โดยความเข้มข้นของแคดเมียมสูงทำให้ปริมาณบาโคไซด์ในวัตถุดิบลดลงด้วย[12] การควบคุมคุณภาพวัตถุดิบจึงต้องครอบคลุมการตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนของโลหะหนัก และสารพิษตกค้าง ควบคู่กับการวิเคราะห์ปริมาณสารออกฤทธิ์เพื่อความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ การกำหนดมาตรฐานสารสกัดพรมมิอาศัยการวิเคราะห์เชิงปริมาณของบาโคไซด์ด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง (High-Performance Liquid Chromatography, HPLC) เป็นวิธีมาตรฐานสากลในการควบคุมคุณภาพ เนื่องจากบาโคไซด์ เอ เป็นสารผสมที่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกัน การรายงานเพียงยอดกราฟเดียวอาจคลาดเคลื่อน จึงแนะนำให้คำนวณจากพื้นที่ใต้กราฟรวมของสารบ่งชี้หลัก 4 ชนิด ตามวิธีมาตรฐานที่พัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องโดย Deepak et al[8] ในงานวิจัยทางคลินิก สารสกัดต้นแบบที่อ้างอิงมากที่สุดคือ KeenMind® ซึ่งกำหนดให้มีบาโคไซด์รวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 ช่วยให้เปรียบเทียบผลข้ามงานวิจัยได้น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น[14]

กลไกการออกฤทธิ์แบบพหุเป้าหมาย

ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและการรักษาดุลยภาพของเซลล์

สารสกัดพรมมิเสริมระบบต้านอนุมูลอิสระภายในเซลล์โดยเพิ่มการแสดงออกของเอนไซม์ซุปเปอร์ออกไซด์ ดิสมิวเตส (SOD), คาตาเลส (CAT) และ กลูตาไธโอนเปอร์ออกซิเดส (GPx) ได้รับการยืนยันจากการศึกษาในสมองหนูทดลอง[15] และมีการเสนอกลไกระดับยีนผ่านการกระตุ้นการเคลื่อนย้ายของ Nrf2 เพื่อจับกับลำดับเบสตอบสนองต่อสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant response element, ARE) ส่งผลให้เกิดการถอดรหัสยีนของเอนไซม์ต้านอนุมูลอิสระ การเพิ่มศักยภาพต้านอนุมูลอิสระนี้ช่วยลดการสะสมของอนุมูลอิสระชนิดออกซิเจน (ROS) และลดการทำลายโปรตีนและไขมันจากอนุมูล ที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิด

ความเสื่อมของระบบประสาท โรคทางเมตาบอลิก และหลอดเลือด[3,15]

นอกจากระบบต้านอนุมูลอิสระ บาโคไซด์ ช่วยรักษาศักย์ไฟฟ้าของเยื่อหุ้มไมโตคอนเดรียและปรับสมดุลโปรตีนกลุ่ม Bcl-2/Bax เพื่อยับยั้งการตายของเซลล์[3] ช่วยปรับสมดุลการตอบสนองต่อภาวะเครียดเซลล์ผ่านการปรับการแสดงออกของ Hsp70 ที่เกิดขึ้นในสภาวะ stress และเพิ่มกิจกรรมของเอนไซม์ซุปเปอร์ออกไซด์ ดิสมิวเตสในสมอง ซึ่งช่วยดูแลการพับตัวของโปรตีนและเสริมความทนทานต่อภาวะเครียดของเซลล์[15]

ฤทธิ์ต้านการอักเสบ

Nemetchek et al. พบว่าอัลคาลอยด์ของพรมมิมีฤทธิ์ต้านการอักเสบกว้างขวางที่สุดในเซลล์ไมโครเกลีย ขณะที่บาโคไซด์ เอ ก็แสดงฤทธิ์ยับยั้ง TNF-α และ IL-6 ได้อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน[16] ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ชัดว่าฤทธิ์ต้านการอักเสบของพรมมิเกิดจากการทำงานร่วมกันของสารหลายกลุ่ม มิใช่จากบาโคไซด์เพียงชนิดเดียว และเชื่อมโยงกับการลดการทำงานของวิถี NF-ΚB ซึ่งเป็นตัวกลางหลักในการกระตุ้นสารก่อการอักเสบ เช่น TNF-α, IL-6, COX-2 และ CRP[3,16]

การปรับสมดุลสารสื่อประสาทและความยืดหยุ่นของไซแนปส์

บาโคไซด์มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ อซิติลโคลีนสเตอเรส (acetylcholinesterase : AChE) แบบผสมผสาน ทำให้ระดับอซีติลโคลีน ในไซแนปส์เพิ่มขึ้นในลักษณะคล้ายยา Donepezil แต่มีผลต่อระบบประสาทส่วนปลายน้อยกว่า อีกทั้งยังมีรายงานการเพิ่มระดับเซโรโทนิน และ โดปามีน และการปรับระบบ GABAergic[9] สิ่งที่ทำให้พรมมิแตกต่างจากสารกระตุ้นประสาททั่วไปคือความสามารถในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสมองในระดับโมเลกุล โดยพบว่าสารสกัดพรมมิเพิ่มการแสดงออกของ BDNF และกระตุ้นวิถีสัญญาณ CREB ซึ่งเป็นตัวควบคุมการถอดรหัสยีนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างไซแนปส์และความยืดหยุ่นของระบบประสาท การเพิ่มฟอสโฟรีเลชันของ CREB ดังกล่าวได้รับการยืนยันทั้งในระดับการแสดงออกของยีนในสมองหนูทดลอง[17] และในระดับโปรตีนในเม็ดเลือดขาวของมนุษย์สูงอายุที่ได้รับสารสกัดพรมมิ[18]

ฤทธิ์ต้านการรวมตัวของโปรตีนในโรคความเสื่อมของระบบประสาท

พยาธิสภาพของโรคอัลไซเมอร์ บาโคไซด์ เอ มีคุณสมบัติยับยั้งกระบวนการรวมตัวของอไมลอยด์ เบตา และลดการทำงานของเอนไซม์ BACE1 อีกทั้งยังยับยั้งเอนไซม์ GSK-3β ซึ่งก่อให้เกิดการเติมหมู่ฟอสเฟตมากเกินไปบนโปรตีน tau การยับยั้งนี้ช่วยรักษาโครงสร้างไมโครทูบูล ป้องกันการเกิด กลุ่มเส้นใยประสาทพันกัน หรือปมประสาทผิดปกติ (neurofibrillary tangles) และฟื้นฟูระบบขนส่งภายในเซลล์ประสาท[19]

หลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตาบอลิก

ในแบบจำลองสัตว์ที่ถูกเหนี่ยวนำด้วย streptozotocin และภาวะดื้ออินซูลิน สารกลุ่มบาโคไซด์ทำหน้าที่เสมือนสารเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (insulin sensitizer) โดยกระตุ้นการเคลื่อนย้ายตัวขนส่งกลูโคส (Glucose transporter type4 : GLUT4) มายังเยื่อหุ้มเซลล์ผ่านวิถีสัญญาณ PI3K/Akt ยับยั้งเอนไซม์สร้างน้ำตาลใหม่ของตับ glucose-6-phosphatase และ fructose-1,6-bisphosphatase และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระช่วยปกป้องเซลล์เบตาของตับอ่อน[20] นอกจากนี้ Manhas et al. พบว่าสารสกัดพรมมิยับยั้งอัลฟาอไมเลส และ อัลฟากลูโคซิเดส ได้ประมาณร้อยละ 71–75 ที่ความเข้มข้น 500 µg/ml ซึ่งสูงกว่า acarbose ที่เป็น positive control ควบคู่กับฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ แม้ผลการศึกษาจะจำกัดอยู่ในระดับหลอดทดลอง[21]

โรคหัวใจและหลอดเลือด

Kamkaew et al. พบว่าสารสกัดพรมมิมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและลดความดันโลหิตในหนูที่ถูกวางยาสลบ โดยมีบาโคไซด์ เอทรี และ บาโคปาไซด์ ทู เป็นองค์ประกอบออกฤทธิ์ โดยการทดสอบ

ในหลอดทดลองระบุบาโคไซด์ เอทรี และ บาโคปาไซด์ ทู เป็นองค์ประกอบที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดเกี่ยวข้องกับกลไกการเพิ่มการสร้างไนตริกออกไซด์ (NO) จากเซลล์บุผนังหลอดเลือด ร่วมกับการยับยั้งการไหลเข้าของแคลเซียมไอออน ที่สำคัญคือพบว่าพรมมิ (ทั้งต้น) ไม่มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ[22] นอกจากนี้ฤทธิ์ต้านการอักเสบและการลดการเกิดออกซิเดชันของไขมัน LDL ยังสนับสนุนศักยภาพในการต้านการเกิดตะกอนไขมันในหลอดเลือด[3]

มะเร็งและการเสริมฤทธิ์เคมีบำบัด

ในมะเร็งเต้านมชนิดทริปเปิลเนกาทีฟ (TNBC) Rad และคณะพบว่า บาโคปาไซด์ ทู ทำหน้าที่เป็นสารเพิ่มความไวต่อยาเคมีบำบัด โดยเพิ่มการสะสมของ doxorubicin ภายในเซลล์มะเร็งอย่างมีนัยสำคัญในหลาย TNBC subtypes และแสดงฤทธิ์ synergistic growth inhibition เมื่อใช้ร่วมกับ doxorubicin กลไกนี้อาจเกิดผ่านการปรับการขับยาของตัวขนส่งกลุ่ม ABC transporter ทั้งนี้ไม่พบผลต่อ ABCB1 (P-glycoprotein) อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ว่าอาจเกี่ยวข้องกับตัวขนส่ง ABC ชนิดอื่น[23] ในแบบจำลองมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด CML บาโคไซด์ เอ กระตุ้นโปรตีน p62/SQSTM1 และวิถี ERK1/2 พร้อมยับยั้ง mTOR เพื่อเหนี่ยวนำการเปลี่ยนผ่านจากกระบวนการกลืนกินตัวเองของเซลล์ไปสู่การตายแบบตามโปรแกรม (autophagy-apoptosis switch)[24] ขณะที่สารสกัดเอทานอลเหนี่ยวนำการตายของเซลล์แบบตามโปรแกรม ในมะเร็งตับ HepG2 ได้สูงถึงร้อยละ 58.65 โดยจับกับโปรตีนเป้าหมาย TGF-βR1 พร้อมทั้งลดระดับเอนไซม์บ่งชี้ความเสียหายของตับ (AST, ALT และ ALP) บ่งชี้ฤทธิ์ต้านมะเร็งและปกป้องตับ[25]

โรคระบบประสาทและการรู้คิด

การยืนยันกลไกต้านการรวมตัวของอไมลอยด์ เบตาและการรักษาเสถียรภาพของโปรตีน tau[19] ในการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) ในผู้สูงอายุสุขภาพดี 60 ราย การได้รับสารสกัดมาตรฐานขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวันต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มคะแนนความจำขณะทำงานและลด latency ของคลื่น N100 และ P300 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกลไกรองรับคือการลดกิจกรรม AChE[26] นอกจากนี้ การศึกษาในสัตว์ทดลองยังพบว่าสารสกัดพรมมิเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมองได้ประมาณร้อยละ 25 โดยไม่ส่งผลต่อความดันโลหิต[27] สอดคล้องกับหลักฐานการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจุลภาคของสมองผ่านวิถี BDNF–CREB[17,18]

ภาวะปวดประสาทเรื้อรัง

ภาวะปวดประสาทเรื้อรัง เป็นภาวะเรื้อรังที่การรักษาแผนปัจจุบันยังมีข้อจำกัด การศึกษาของ Shahid et al. พบว่าสารสกัดพรมมิที่มีบาโคไซด์ขนาด 40 และ 80 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม โดยการป้อนทางปาก สามารถบรรเทาภาวะไวต่อสิ่งเร้าที่ไม่ปกติ (allodynia) และ ภาวะปวดเกินปกติ (hyperalgesia) ในแบบจำลองการบาดเจ็บของเส้นประสาทแบบรัดเรื้อรัง ในหนูแรทได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยให้ผลเทียบเคียงกับยา gabapentin สะท้อนศักยภาพของฤทธิ์ต้านการอักเสบและปกป้องระบบประสาทของพรมมิในภาวะปวดเรื้อรัง[28]

โรคระบบทางเดินหายใจ

เซลล์เยื่อบุปอดมีความเปราะบางต่อภาวะเครียดออกซิเดชันซึ่งเป็นกลไกร่วมของโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง การศึกษาของ Pandareesh et al. ในระดับเซลล์พบว่าสารสกัดพรมมิมีฤทธิ์ปกป้องทั้งเซลล์ประสาทและเซลล์เยื่อบุปอด (L132 cell line) จากความเสียหายที่เหนี่ยวนำด้วยไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ผ่านการรักษาสัณฐานของนิวเคลียสและเสถียรภาพของเยื่อหุ้มไมโตคอนเดรีย จึงชะลอการตายของเซลล์ อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ยังจำกัดอยู่ในระดับหลอดทดลองและต้องการการศึกษาในแบบจำลองโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มเติม[29]

ตารางที่ 1 สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ของการใช้พรมมิในกลุ่มโรคเรื้อรัง

กลุ่มโรค	สารสำคัญ	กลไกและผลลัพธ์หลัก	ระดับหลักฐาน	เอกสารอ้างอิง
ระบบประสาท / สมองเสื่อม	บาโคไซด์ เอ, สารสกัดมาตรฐาน	ต้านการรวมตัวอไมลอยด์ เบตา ยับยั้ง BACE1/GSK-3β เพิ่มความจำขณะทำงาน และลด N100/P300 latency (300 มก./วัน) RCT (n=60)	คลินิก (RCT) + ในสัตว์ทดลอง	19,26,27
ปวดประสาทเรื้อรัง	สารสกัดบาโคไซด์	ลดภาวะไวต่อสิ่งเร้าที่ไม่ปกติ (allodynia) และ ภาวะปวดเกินปกติ (hyperalgesia) ในแบบจำลอง CCI เทียบเคียง gabapentin (40 และ 80 มก./กก.)	ในสัตว์ทดลอง	28
หัวใจและหลอดเลือด	บาโคไซด์ เอทรี, บาโคปาไซด์ ทู	ขยายหลอดเลือดผ่านไนตริกออกไซด์และยับยั้ง Ca^{2+} influx ลดความดันโลหิตโดยไม่กระทบอัตราการเต้นหัวใจ เพิ่ม CBF ร้อยละ 25	ในสัตว์ทดลอง	22,27
เบาหวานชนิดที่ 2 / เมตาบอลิก	บาโคไซด์ เอ, สารสกัดรวม	เพิ่มความไวอินซูลินผ่าน PI3K/Akt–GLUT4 ยับยั้ง gluconeogenesis ปกป้องเซลล์เบตา ยับยั้งอัลฟาอไมเลส/อัลฟากลูโคซิเดส ร้อยละ 71–75	ในสัตว์ทดลอง/หลอดทดลอง	20,21
ระบบทางเดินหายใจ	สารสกัดมาตรฐาน	ปกป้องเซลล์เยื่อบุปอด (L132) และเซลล์ประสาทจาก H_2O_2 รักษาเสถียรภาพไมโตคอนเดรีย	ในหลอดทดลอง	29
มะเร็ง	บาโคปาไซด์ ทู, บาโคไซด์ เอ, สารสกัดเอทานอล	เพิ่มการสะสม doxorubicin ใน TNBC ผ่าน ABC transporter เหนี่ยวนำ autophagy–apoptosis switch ใน CML เหนี่ยวนำ apoptosis ใน HepG2 ร้อยละ 58.65 (TGF-βR1)	ในหลอดทดลอง / in silico	23,24,25

ความปลอดภัยและปฏิกิริยาระหว่างยา

การศึกษาพิษวิทยาในระดับพรีคลินิกตามแนวทาง OECD โดย Sireeratawong และคณะ ใช้สารสกัดเอทานอลแห้งมาตรฐานป้อนทางปากในหนูแรทสายพันธุ์ Sprague-Dawley พบว่าไม่ก่อพิษเฉียบพลันที่ขนาดสูงถึง 5,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และไม่พบพิษเรื้อรังที่ขนาดสูงถึง 1,500 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 270 วัน[30] สอดคล้องกับข้อมูลความปลอดภัยจากการศึกษาทางคลินิกระยะ 90 วัน สำหรับการใช้ทางคลินิกสารสกัดมาตรฐานที่ศึกษามากที่สุดคือ KeenMind® (บาโคไซด์รวมกัน ≥ ร้อยละ 55) ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน[14] ขณะที่การศึกษาอื่นใช้ตำรับและขนาด 300–450 มิลลิกรัมต่อวัน ความแตกต่างของสารสกัดมีข้อจำกัดการเปรียบเทียบโดยตรง พรมมิจัดเป็นสมุนไพรที่มีความปลอดภัยสูง แต่ยังพบอาการไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการคลื่นไส้ ปวดเกร็งท้อง ถ่ายบ่อย อธิบายได้จากคุณสมบัติลดแรงตึงผิวของสารกลุ่มซาโปนิน

นอกจากนี้ฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งสารคัดหลั่งอาจเป็นข้อควรระวังในผู้ป่วยหอบหืดหรือเสมหะอุดกั้น และฤทธิ์ cholinergic ควรระวังในผู้ป่วยหัวใจเต้นช้า[31] ประเด็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มักได้รับยาหลายชนิด คือปฏิกิริยาระหว่างยา เนื่องจากพรมมิเป็นสารยับยั้งระดับปานกลางของเอนไซม์ไซโตโครม พี450 ไอโซฟอร์ม CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4 และ CYP1A2[32] ซึ่งอาจเพิ่มระดับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ เช่น phenytoin (substrate ของ CYP2C9/3A4) และ warfarin (substrate ของ CYP2C9/2C19) จึงควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากหลักฐานในสัตว์ทดลองของปฏิกิริยาพรมมิ–warfarin โดยตรงมีจำกัด[32]

ตารางที่ 2 สรุปอาการไม่พึงประสงค์ของสารสกัดพรมมิ

ระบบอวัยวะ	อาการไม่พึงประสงค์	กลไกที่เป็นไปได้	เอกสารอ้างอิง
ทางเดินอาหาร	คลื่นไส้ ปวดเกร็งท้อง ถ่ายเหลว/ถ่ายบ่อย	ซาโปนินลดแรงตึงผิวและระคายเคืองเยื่อบุ กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้	30,31
ระบบทางเดินหายใจ	เพิ่มสารคัดหลั่ง/เสมหะ ระวังในผู้ป่วยหอบหืด/COPD	ฤทธิ์กระตุ้นการสร้างเมือกและฤทธิ์ cholinergic	31
หัวใจและหลอดเลือด	หัวใจเต้นช้าลง ระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า	ฤทธิ์ cholinergic เพิ่มการทำงานของประสาทเวกัส	22,31,32

ตารางที่ 3 สรุปปฏิกิริยาระหว่างยากับสารสกัดพรมมิ (Herb-Drug Interactions)

กลุ่มยา (ตัวอย่าง)	ผลกระทบที่อาจเกิด	กลไกที่เป็นไปได้	เอกสารอ้างอิง
ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin)	เพิ่มความเสี่ยงเลือดออก	ยับยั้ง CYP2C9 และ CYP2C19 (warfarin เป็น substrate ของทั้งสองไอโซฟอร์ม) หลักฐานในหลอดทดลองยังจำกัด	32
ยากันชัก (Phenytoin)	ระดับยาสูงขึ้น/เป็นพิษ	ยับยั้ง CYP2C9 และ CYP3A4 รบกวนการกำจัดยา	32
ยาลดความดันโลหิต	ความดันโลหิตต่ำเกินไป	เสริมฤทธิ์ขยายหลอดเลือดของพรมมิร่วมกับการยับยั้ง CYP3A4	22, 32
ยายับยั้ง AChE (Donepezil)	ฤทธิ์ cholinergic เกิน	ออกฤทธิ์ยับยั้ง AChE ซ้ำซ้อนกัน	26,31

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผ่านการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา พบว่า พรมมิ *(Bacopa monnieri)* มิได้เป็นเพียงสมุนไพรบำรุงความจำตามภูมิปัญญาดั้งเดิม หากแต่เป็นพฤกษเภสัชภัณฑ์ที่ออกฤทธิ์แบบพหุเป้าหมาย โดยสารออกฤทธิ์หลักกลุ่มบาโคไซด์และบาโคปาไซด์ ทำงานประสานกับฟลาโวนอยด์และอัลคาลอยด์ ในการปรับสมดุลพยาธิสภาพร่วมสามประการของโรคเรื้อรัง ได้แก่ การกระตุ้นระบบต้านอนุมูลอิสระผ่านวิถี Nrf2[3,15] การยับยั้งการอักเสบเรื้อรังผ่านวิถี NF-**κ**B[3,16] และการรักษาเสถียรภาพของไมโตคอนเดรียเพื่อยับยั้งการตายของเซลล์[3] กลไกประสานดังกล่าวสอดคล้องกับพยาธิกำเนิดร่วมของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการรักษาแบบหนึ่งยา หนึ่งเป้าหมายไม่สามารถจัดการได้อย่างครอบคลุม

กลุ่มโรคระบบประสาทและการรู้คิดมีการยืนยันทางคลินิกหนักแน่นที่สุดจากการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม[14,26] ขณะที่ผลในกลุ่มโรคเมตาบอลิก หัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง ยังจำกัดอยู่ในระดับพรีคลินิกเป็นหลัก[20,21,22,23,24,25] ด้านความปลอดภัย พรมมิจัดเป็นสมุนไพรที่มีดัชนีความปลอดภัยสูง[30,31] แต่ยังต้องเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบทางเดินอาหารและปฏิกิริยาระหว่างยาผ่านเอนไซม์ CYP450[32] กล่าวโดยสรุป พรมมิมีศักยภาพสูงในการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เสริมหรือการรักษาร่วมสำหรับโรคเรื้อรัง หากได้รับการยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยในมนุษย์อย่างเป็นระบบ

ผลการทบทวนนี้เผยให้เห็นความขัดแย้งที่สำคัญระหว่างแนวปฏิบัติการควบคุมคุณภาพกับหลักฐานทางเภสัชวิทยา การศึกษาของ Nemetchek et al. พบว่ากลุ่มสารอัลคาลอยด์ให้ฤทธิ์ต้านการอักเสบสูงสุด มิใช่บาโคไซด์ เอ ที่ใช้เป็นสารบ่งชี้คุณภาพหลักในปัจจุบัน[16] ข้อค้นพบนี้ตั้งคำถามต่อความเพียงพอของการใช้บาโคไซด์เพียงชนิดเดียวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ เพราะผลิตภัณฑ์ที่ผ่านมาตรฐานบาโคไซด์อาจมีปริมาณอัลคาลอยด์แตกต่างกันมากในแต่ละชุด และส่งผลให้ฤทธิ์ต้านการอักเสบไม่สม่ำเสมอ

ปัญหานี้ซับซ้อนยิ่งขึ้นเมื่อพิจารณาว่าปริมาณสารออกฤทธิ์ในพรมมิเปลี่ยนแปลงตามระยะการเจริญเติบโตของพืช[10] และบาโคไซด์มีความเปราะบางต่อความร้อนและสภาพกรดสูง ทำให้กระบวนการสกัดและการเก็บรักษามีผลต่อชีวปริมาณออกฤทธิ์อย่างมีนัยสำคัญ[8,11] ดังนั้น หากต้องการให้งานวิจัยในอนาคตสามารถเปรียบเทียบผลข้ามการศึกษาได้ การกำหนดมาตรฐานสารสกัดจึงควรครอบคลุมสารบ่งชี้หลายชนิดพร้อมกัน ไม่จำกัดเพียงกลุ่มบาโคไซด์เท่านั้น

แม้หลักฐานด้านการรู้คิดจะมีน้ำหนักมากที่สุดในการทบทวนนี้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา การศึกษาทางคลินิกที่มีอยู่ส่วนใหญ่ดำเนินการในกลุ่มประชากรสุขภาพดีหรือผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง[14,26] ซึ่งอาจไม่สะท้อนการตอบสนองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน

สำหรับกลุ่มโรคเมตาบอลิก หัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง ข้อมูลพรีคลินิกที่มีอยู่แสดงให้เห็นกลไกที่น่าสนใจและสมเหตุสมผลทางชีวเคมี[20,21,22,23,24,25] แต่การแปลผลไปสู่มนุษย์นั้นยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ

การทบทวนนี้มีข้อจำกัดในตัวเองที่ต้องรับทราบ ประการแรก เนื่องจากเป็น narrative review ที่ไม่ได้ใช้ PRISMA protocol อย่างเต็มรูปแบบ กระบวนการคัดเลือกเอกสารจึงขาดความโปร่งใสในแง่การระบุจำนวนเอกสารที่คัดออกและเหตุผล ซึ่งอาจนำไปสู่ selection bias ได้

ประการที่สอง การสืบค้นครอบคลุมเฉพาะเอกสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อาจทำให้ขาดหลักฐานจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอื่น โดยเฉพาะงานจากอินเดียและจีนซึ่งมีประเพณีการวิจัย *Bacopa monnieri* ที่ยาวนาน และอาจมีข้อมูลทางคลินิกที่ยังไม่ได้รับการแปลเผยแพร่อย่างแพร่หลาย ข้อจำกัดเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไขในการทบทวนอย่างเป็นระบบหรือ meta-analysis ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

จากช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าวข้างต้น ทิศทางการวิจัยในอนาคตควรให้ความสำคัญลำดับแรกกับการวิจัยทางคลินิกแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมขนาดใหญ่ในกลุ่มโรคเมตาบอลิก โรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง ซึ่งมีหลักฐานพรีคลินิกหนักแน่นแต่ยังขาดการยืนยันในมนุษย์ ควบคู่กับการศึกษาเภสัชจลนศาสตร์ ชีวปริมาณออกฤทธิ์และความปลอดภัยระยะยาวอย่างเป็นระบบ เพื่อกำหนดขนาดที่เหมาะสมและประเมินความเสี่ยงของการใช้ต่อเนื่อง และควรพัฒนาการกำหนดมาตรฐานสารสกัดให้คงที่ระหว่างรุ่นการผลิตด้วยเทคโนโลยีการสกัดสีเขียวและการควบคุมคุณภาพด้วยสารบ่งชี้หลายชนิดพัฒนาระบบนำส่ง เพื่อเพิ่มชีวปริมาณออกฤทธิ์ของบาโคไซด์ ตลอดจนศึกษาปฏิกิริยาระหว่างยากับสารสกัดพรมมิผ่านไซโตโครม พี450 อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่

ได้รับยาหลายชนิด ทั้งนี้ การวิจัยที่ใช้วัตถุดิบและบริบทของประเทศไทยจะช่วยเสริมความเข้มแข็งของฐานข้อมูลและสนับสนุนการต่อยอดเชิงนโยบายและเชิงพาณิชย์ของสมุนไพรไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขออุทิศคุณค่าและประโยชน์อันพึงเกิดจากงานฉบับนี้แด่ครูและอาจารย์ทุกท่าน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาเรื่องพรมมิกับโรคเรื้อรังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lohsoonthorn V.(2012). Epidemiologic transition. Chula Med J. 2012;56(6):627-8.
2. World Health Organization.(2025). Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [updated 2025 Sep 25; cited 2026 Jun 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.
3. Valotto Neto LJ, Reverete de Araujo M, Moretti Junior RC, Mendes Machado N, Joshi RK, Dos Santos Buglio D, et al.(2024). Investigating the neuroprotective and cognitive-enhancing effects of *Bacopa monnieri*: a systematic review focused on inflammation, oxidative stress, mitochondrial dysfunction, and apoptosis. Antioxidants. 2024;13(4):393.
4. Forman HJ, Zhang H.(2021), Targeting oxidative stress in disease: promise and limitations of antioxidant therapy. Nat Rev Drug Discov. 2021;20(9):689-709.
5. Furman D, Campisi J, Verdin E, Carrera-Bastos P, Targ S, Franceschi C, et al.(2019). Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. Nat Med. 2019;25(12):1822-32.
6. Nunnari J, Suomalainen A.(2012). Mitochondria: in sickness and in health. Cell. 2012;148(6):1145-59.
7. Singh HK, Dhawan BN.(1997). Neuropsychopharmacological effects of the Ayurvedic nootropic *Bacopa monniera* Linn. (Brahmi). Indian J Pharmacol. 1997;29(5):S359-65.
8. Deepak M, Sangli GK, Arun PC, Amit A.(2005). Quantitative determination of the major saponin mixture bacoside A in *Bacopa monnieri* by HPLC. Phytochem Anal. 2005;16(1):24-9.
9. Sukumaran NP, Amalraj A, Gopi S.(2019). Neuropharmacological and cognitive effects of *Bacopa monnieri* (L.) Wettst: a review on its mechanistic aspects. Complement Ther Med. 2019;44:68-82.
10. Nunya N, Manochai B, Hong JH.(2019). Changes in antioxidant activity and active compounds of *Bacopa monnieri* (L.) Wettst. over successive growth stages. Thai J Agric Sci. 2019;52(3):131-41.
11. Vo TP, Nguyen THP, Nguyen VK, Dang TCT, Nguyen LGK, Chung TQ, et al.(2024). Extracting bioactive compounds and proteins from *Bacopa monnieri* using natural deep eutectic solvents. PLoS One. 2024;19(3):e0300969.
12. Gupta P, Khatoon S, Tandon PK, Rai V.(2014). Effect of cadmium on growth, bacoside A, and bacopaside I of *Bacopa monnieri* (L.), a memory enhancing herb. Scientific World J. 2014;2014:824586.
13. Srivastava A, Rana S, Shrivastava N.(2025). Impact of heavy metal contamination on growth, bacoside A production, and biochemical processes in *Bacopa monnieri*: implications for herbal medicine quality. S Afr J Bot. 2025;183:179-186.
14. Stough C, Downey LA, Lloyd J, Silber B, Redman S, Hutchison C, et al.(2008). Examining the nootropic effects of a special extract of *Bacopa monniera* on human cognitive functioning: 90 day double-blind placebo-controlled randomized trial. Phytother Res. 2008;22(12):1629-34.
15. Chowdhuri DK, Parmar D, Kakkar P, Shukla R, Seth PK, Srimal RC.(2002). Antistress effects of bacosides of *Bacopa monnieri*: modulation of Hsp70 expression, superoxide dismutase and cytochrome P450 activity in rat brain. Phytother Res. 2002;16(7):639-45.
16. Nemetchek MD, Stierle AA, Stierle DB, Lurie DI.(2017). The Ayurvedic plant *Bacopa monnieri* inhibits inflammatory pathways in the brain. J Ethnopharmacol. 2017;197:92-100.

17. Konar A, Gautam A, Thakur MK.(2015). *Bacopa monniera* (CDRI-08) upregulates the expression of neuronal and glial plasticity markers in the brain of scopolamine induced amnesic mice. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:837012.
18. Keegan AP, Stough C, Paris D, Luis CA, Abdullah L, Ait-Ghezala G, et al.(2023). *Bacopa monnieri* supplementation has no effect on serum brain-derived neurotrophic factor levels but beneficially modulates nuclear factor kappa B and cyclic AMP response element-binding protein levels in healthy elderly subjects. J Clin Transl Res. 2023;9(1):50-8.
19. Wicinski M, Fajkiel-Madajczyk A, Wojcicki J, Ozorowski M, Szambelan M.(2025). The role of *Bacopa monnieri* in Alzheimer's disease: mechanisms and potential clinical use — a review. Nutrients. 2025;17(22):3538.
20. Dadhich A, Sharma Y, Verma AK, Nema R, Sharma MM.(2025). Bacoside-A from *Bacopa monnieri* (L.) Wettst.: molecular targets, preclinical insights, and therapeutic potential in type 2 diabetes mellitus and neurodegeneration. Biomed Pharmacother. 2025; 191:118466.
21. Manhas S, Devi A, Khan ZA.(2024). *Bacopa monnieri*'s dual action: free radical scavenging and blood glucose management. Res J Biotechnol. 2024;19(12):27-39.
22. Kamkaew N, Scholfield CN, Ingkaninan K, Maneesai P, Parkington HC, Tare M, et al.(2011). *Bacopa monnieri* and its constituents is hypotensive in anaesthetized rats and vasodilator in various artery types. J Ethnopharmacol. 2011;137(1):790-5.
23. Rad SK, Yeo KKL, Li R, Wu F, Liu S, Nourmohammadi S, et al.(2025). Enhancement of doxorubicin efficacy by bacopaside II in triple-negative breast cancer cells. Biomolecules. 2025;15(1):55.
24. Kundu S, Saha S, Ghosh S, Sarkar S, Kotal A, Chowdhury AA.(2025). p62/SQSTM1 signaling nexus and orchestration of ERK and mTOR pathways are crucial for bacoside A-induced autophagy-mediated apoptosis in chronic myelogenous leukemia. Arch Pharm Res. 2025;48:947-970.
25. Altaf A, Kiran A, Sarwar M, Maqbool T, Sharif S, Iqbal H, et al.(2025). Therapeutic potential of *Bacopa monnieri* extracts against hepatocellular carcinoma through in-vitro and computational studies. PLoS One. 2025;20(4):e0321445.
26. Peth-Nui T, Wattanathorn J, Muchimapura S, Tong-Un T, Piyavhatkul N, Rangseekajee P, et al.(2012). Effects of 12-week Bacopa monnieri consumption on attention, cognitive processing, working memory, and functions of both cholinergic and monoaminergic systems in healthy elderly volunteers. Evid Based Complement Alternat Med. 2012;2012:606424.
27. Kamkaew N, Scholfield CN, Ingkaninan K, Taepavarapruk N, Chootip K.(2013). *Bacopa monnieri* increases cerebral blood flow in rat independent of blood pressure. Phytother Res. 2013;27(1):135-8.
28. Shahid M, Subhan F, Ahmad N, Ullah I.(2017). A bacosides containing *Bacopa* monnieri extract alleviates allodynia and hyperalgesia in the chronic constriction injury model of neuropathic pain in rats. BMC Complement Altern Med. 2017;17:293.
29. Pandareesh MD, Anand T, Bhat PV.(2016). Cytoprotective propensity of *Bacopa monniera* against hydrogen peroxide induced oxidative damage in neuronal and lung epithelial cells. Cytotechnology. 2016;68(1):157-72.
30. Sireeratawong S, Jaijoy K, Khonsung P, Lertprasertsuk N, Ingkaninan K.(2016). Acute and chronic toxicities of *Bacopa monnieri* extract in Sprague-Dawley rats. BMC Complement Altern Med. 2016;16:249.
31. Walker EA, Pellegrini MV.(2025). *Bacopa monnieri*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
32. Ramasamy S, Kiew LV, Chung LY.(2014). Inhibition of human cytochrome P450 enzymes by *Bacopa monnieri* standardized extract and constituents. Molecules. 2014;19(2):2588-601.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

การพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อเสริมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่

Development of a Communication System to Enhance Healthcare Workforce Competency in the Care of Non-Communicable Disease Patients in Krabi Province.

(Received: June 13,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

พิพัฒน์ พุทธโร[1]
Pipat Phuttharo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และข้อจำกัด พัฒนา และประเมินผลระบบการสื่อสารเพื่อเสริมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขาพนม อำเภอคลองท่อม และอำเภออ่าวลึก กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 120 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบบประเมินสมรรถนะด้านการสื่อสาร แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการสื่อสารเดิมมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลไม่คงอยู่ ข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ทันการณ์ รอยต่อระหว่างระดับบริการเปราะบาง การติดตามผู้ป่วยขาดนัดไม่ต่อเนื่อง และความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของข้อมูล ระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ช่องทางการสื่อสารมาตรฐาน แบบฟอร์มรายงานและติดตามผู้ป่วย กลไกการป้อนกลับข้อมูล การกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบแต่ละระดับ และการใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตาม ภายหลังการใช้ระบบ บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการสื่อสารเพิ่มขึ้นจาก 56.77 คะแนน เป็น 81.91 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการประสานงานมีแนวโน้มดีขึ้นในทุกตัวชี้วัด และความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: ระบบการสื่อสาร; สมรรถนะบุคลากร; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; คุณภาพข้อมูล; จังหวัดกระบี่

Abstract

This study aimed to assess the current situation and limitations, develop, and evaluate a communication system to enhance healthcare workforce competency in caring for patients with non-communicable diseases in Krabi Province, Thailand. A research and development design combined with participatory action research was employed. The study was conducted in three pilot districts: Khao Phanom, Khlong Thom, and Ao Luek. The participants were 120 healthcare personnel involved in non-communicable disease care, selected by purposive sampling. Research instruments included in-depth interview guides, focus group discussion guides, participatory workshop guides, a communication competency assessment form, a satisfaction assessment form, and a data quality checklist. Quantitative data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and a paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the existing communication system had key limitations, including poor data retention, incomplete and untimely data, fragile coordination across service levels, discontinuous follow-up of patients with missed appointments, and data security risks. The developed communication system consisted of five components: standardized communication channels, patient reporting and follow-up forms, feedback mechanisms, clearly defined roles and responsibilities at each service level, and data

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

use for monitoring. After implementation, the mean communication competency score of healthcare personnel significantly increased from 56.77 to 81.91 out of 100 ($p < .001$). Data quality and coordination efficiency tended to improve across all indicators, and overall satisfaction with the system was at a high level.

Keywords: communication system; healthcare workforce competency; non-communicable diseases; data quality; Krabi Province

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีการดำเนินโรคยาวนาน ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่อง การติดตามผล การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ ในบริบทของระบบบริการสุขภาพ การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ยังสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย คุณภาพข้อมูลสุขภาพ การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และสมรรถนะของบุคลากรในการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม[1,2,3,4]

จังหวัดกระบี่เป็นพื้นที่ที่มีภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ ข้อมูลปีงบประมาณ 2567 พบว่าจังหวัดกระบี่มีประชากรในความรับผิดชอบของระบบบริการสุขภาพ 395,280 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน 25,884 คน คิดเป็นร้อยละ 6.55 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 48,835 คน คิดเป็นร้อยละ 12.36 ของประชากรในความรับผิดชอบ อีกทั้งยังพบการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองโรคอย่างต่อเนื่อง[5] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมิใช่เพียงปัญหาการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่ต้องอาศัยการติดตามข้อมูล การส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายบริการสุขภาพระดับพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงเป็นบริบทหลักของการพัฒนาระบบ เนื่องจากทั้งสองโรคมีภาระโรคสูงและมีแนวทางเวชปฏิบัติระดับชาติรองรับการดูแลอย่างเป็นระบบ[6,7]

แม้จังหวัดกระบี่จะมีโครงสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพเชื่อมโยงหลายระดับ แต่การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการจัดการข้อมูลหลายประการ ได้แก่ การส่งต่อข้อมูลไม่เป็นระบบ การรายงานข้อมูลล่าช้า ข้อมูลไม่ครบถ้วน การติดตามผู้ป่วยขาดนัดไม่ต่อเนื่อง และการป้อนกลับข้อมูลเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการยังไม่เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดูแล การกำกับติดตามผลลัพธ์ และการวางแผนพัฒนาระบบบริการในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงและเป็นต้นทางของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอื่นในระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบการสื่อสารที่มีช่องทางชัดเจน มีแบบฟอร์มข้อมูลกลาง มีกลไกการป้อนกลับข้อมูล และมีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบแต่ละระดับอย่างเป็นระบบ จึงเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบดังกล่าวไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการเพิ่มช่องทางการสื่อสารหรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเท่านั้น แต่ควรเชื่อมโยงกับการเสริมสมรรถนะของบุคลากรด้านการสื่อสาร การใช้ข้อมูล และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้ระบบที่ออกแบบขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทงานประจำของพื้นที่[8,9,10,11,12]

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อ

เสริมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่” โดยมุ่งพัฒนาระบบการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัด เชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ตลอดจนประเมินผลต่อสมรรถนะด้านการสื่อสารของบุคลากร คุณภาพข้อมูล ประสิทธิภาพการประสานงาน และความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดระบบการสื่อสารและการใช้ข้อมูลร่วมกันในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และข้อจำกัดของระบบการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่
2. เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อเสริมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่
3. เพื่อประเมินผลของระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นต่อสมรรถนะด้านการสื่อสาร คุณภาพข้อมูล ประสิทธิภาพการประสานงาน และความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุข

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารที่สอดคล้องกับบริบทเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดกระบี่ และเสริมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงเป็นบริบทหลักของการพัฒนาระบบ

การดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจำเป็นของระบบการสื่อสาร ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ระยะที่ 3 การทดลองใช้ระบบในพื้นที่นำร่อง และระยะที่ 4 การประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้ระบบในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันตามแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest–Posttest Design)

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจำเป็น

ระยะนี้มุ่งศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ข้อจำกัด และความต้องการจำเป็นของระบบการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดกระบี่ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการข้อมูลสุขภาพ การติดตามผู้ป่วย และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ประกอบด้วยผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 8 ราย สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำร่อง จำนวน 1 กลุ่ม รวม 7 ราย สำหรับการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง และแนวทางการสนทนากลุ่มแบบเปิดกว้างพร้อมคำถามเจาะลึก ครอบคลุมประเด็นสถานการณ์ระบบการสื่อสารปัจจุบัน ปัญหาและข้อจำกัดของการส่งต่อข้อมูล จุดคอขวดของการประสานงาน ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ความต้องการรูปแบบรายงานหรือ Dashboard ความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูล และข้อเสนอเพื่อให้ระบบใหม่สามารถนำไปใช้ได้จริงในงานประจำ

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการถอดความ จัดรหัส จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง ผลการวิเคราะห์ในระยะนี้

ใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการออกแบบระบบการสื่อสารในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบการสื่อสาร

ระยะนี้เป็นการออกแบบและพัฒนาระบบการสื่อสารโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้ร่วมพัฒนาเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 12 ราย ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุมพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการข้อมูล และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบบบันทึกการประชุม และแบบบันทึกข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม กระบวนการพัฒนาระบบเริ่มจากการนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย และองค์ประกอบของระบบ จากนั้นผู้ร่วมพัฒนาระบบร่วมกันออกแบบช่องทางการสื่อสารมาตรฐาน แบบฟอร์มข้อมูลกลาง กลไกการป้อนกลับข้อมูล บทบาทผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับ และแนวทางการใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อเสนอเป็นร่างระบบการสื่อสาร และนำกลับไปตรวจสอบยืนยันความถูกต้องและความเหมาะสมโดยผู้ใช้งาน เพื่อปรับปรุงเป็นระบบการสื่อสารฉบับนำไปทดลองใช้ ข้อมูลจากบันทึกการประชุมและข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักของระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ระบบในพื้นที่นำร่อง

ระยะนี้เป็นการนำระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขาพนม อำเภอคลองท่อม และอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการใช้ระบบ บทบาทของผู้รับผิดชอบแต่ละระดับ และขั้นตอนการบันทึก ส่งต่อ และป้อนกลับข้อมูลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ก่อนเริ่มใช้ระบบมีการประเมินสมรรถนะด้านการสื่อสารของบุคลากรเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ระบบที่นำไปทดลองใช้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ช่องทางการสื่อสารมาตรฐาน แบบฟอร์มรายงานและติดตามผู้ป่วย กลไกการป้อนกลับข้อมูล การกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับ และการใช้ข้อมูลหรือ Dashboard เพื่อกำกับติดตาม โดยนำไปใช้ในการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ การรายงานผล การยืนยันรับเคส การติดตามผู้ป่วยขาดนัด และการประชุมป้อนกลับข้อมูลตามรอบเวลาที่กำหนด

การทดลองใช้ระบบดำเนินควบคู่กับมาตรการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล การใช้รหัสนิรนามแทนข้อมูลที่ระบุตัวบุคคล และการใช้ช่องทางสื่อสารที่กำหนดเป็นทางการ เพื่อลดความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล ทั้งนี้ ข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ระบบ ได้แก่ ข้อมูลสมรรถนะก่อนใช้ระบบ คุณภาพข้อมูลพื้นฐาน การส่งต่อข้อมูล การติดตามผู้ป่วย และข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งาน ถูกนำไปใช้ประกอบการประเมินผลระบบในระยะที่ 4

ระยะที่ 4 การประเมินผลระบบการสื่อสาร (One-Group Pretest–Posttest)

ระยะนี้เป็นการประเมินผลระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่นำร่อง 3

อำเภอ จำนวน 120 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้และส่งต่อข้อมูลสุขภาพ การติดตามผู้ป่วย และการประสานงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่นำร่อง มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือการจัดการข้อมูลสุขภาพ สามารถเข้าร่วมกระบวนการประเมินตามระยะเวลาที่กำหนด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ย้ายพื้นที่หรือเปลี่ยนหน้าที่จนไม่เกี่ยวข้องกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะของบุคลากรด้านการสื่อสาร จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ คือ ความรวดเร็วในการสื่อสาร ความครบถ้วนของข้อมูล ความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 20–100 คะแนน โดยแปลผลจากค่าเฉลี่ยต่อข้อเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการสื่อสาร จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ช่องทางการสื่อสาร เนื้อหาและรูปแบบข้อมูล กระบวนการทำงานของระบบ และความพึงพอใจโดยรวม และ 3) แบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล สำหรับประเมินข้อมูลที่ส่งผ่านแบบฟอร์มดิจิทัลในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันการณ์

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพมีค่า CVI ระหว่าง 0.90–0.94 และเครื่องมือเชิงปริมาณมีค่า CVI ระหว่าง 0.91–0.95 จากนั้นทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินสมรรถนะด้านการสื่อสารและแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยประเมินสมรรถนะด้านการสื่อสารก่อนการใช้ระบบ ดำเนินการทดลองใช้ระบบในพื้นที่นำร่องตามแนวทางที่กำหนด และประเมินผลภายหลังการใช้ระบบในด้านสมรรถนะด้านการสื่อสาร คุณภาพข้อมูล ประสิทธิภาพการประสานงาน และความพึงพอใจต่อระบบ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะก่อนและหลังการใช้ระบบวิเคราะห์ด้วย paired t-test และใช้ Wilcoxon signed-rank test กรณีข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงของสถิติพาราเมตริก ตัวชี้วัดคุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการประสานงานวิเคราะห์ด้วยร้อยละและส่วนต่างของร้อยละก่อนและหลังการใช้ระบบ ส่วนผลลัพธ์สุขภาพระดับระบบใช้ข้อมูลทุติยภูมิระดับสรุปรวมเพื่อสะท้อนแนวโน้มเชิงระบบเท่านั้น ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะของผู้ใช้ระบบวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่รับรอง SCPHYLIRB-2568/925

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่นำร่อง จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 79 คน (ร้อยละ 65.83) และเพศชาย 41 คน (ร้อยละ 34.17) เมื่อจำแนกตามระดับหน่วยงาน พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 79 คน (ร้อยละ 65.83) รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน 36 คน (ร้อยละ 30.00) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 คน (ร้อยละ 4.17) เมื่อจำแนกตามตำแหน่ง พบว่าส่วนใหญ่เป็น

พยาบาลวิชาชีพ 48 คน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือเจ้าพนักงานสาธารณสุข 36 คน (ร้อยละ 30.00) นักวิชาการสาธารณสุข 30 คน (ร้อยละ 25.00) และแพทย์ 6 คน (ร้อยละ 5.00) สำหรับพื้นที่ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างกระจายอยู่ในอำเภอคลองท่อม 39 คน (ร้อยละ 32.50) อำเภอเขาพนม 38 คน (ร้อยละ 31.67) อำเภออ่าวลึก 38 คน (ร้อยละ 31.67) และระดับจังหวัด 5 คน (ร้อยละ 4.17) ด้านประสบการณ์การใช้ระบบดิจิทัลเพื่อการสื่อสารในงานบริการสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เคยใช้บ้าง 55 คน (ร้อยละ 45.83) รองลงมาคือใช้สม่ำเสมอ 52 คน (ร้อยละ 43.33) และแทบไม่เคยใช้ 13 คน (ร้อยละ 10.83) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพื้นฐานการใช้ระบบดิจิทัลในระดับหนึ่ง แต่ยังมีความแตกต่างด้านประสบการณ์การใช้งาน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่อการออกแบบระบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้จริง

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อจำกัดของระบบการสื่อสาร (ระยะที่ 1)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า ระบบการสื่อสารเดิมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดกระบี่ยังมีข้อจำกัดเชิงระบบหลายประการ สรุปได้เป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การสื่อสารมีความรวดเร็ว แต่ข้อมูลไม่คงอยู่และค้นย้อนหลังได้ยาก 2) คุณภาพข้อมูลยังไม่เข้มแข็ง เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ทันการณ์ และกระจัดกระจายหลายแหล่ง 3) รอยต่อระหว่างระดับบริการยังเป็นจุดเปราะบาง โดยเฉพาะการส่งต่อข้อมูลระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) การติดตามผู้ป่วยขาดนัดและการดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบ และ 5) ความพร้อมด้านทรัพยากร บุคลากร และทักษะดิจิทัลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่

นอกจากนี้ ยังพบประเด็นด้านความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากบางพื้นที่ยังใช้ช่องทางสื่อสารที่ไม่เป็นทางการหรือช่องทางส่วนบุคคลในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โดยยังไม่มีระบบควบคุมสิทธิ์การเข้าถึงและแนวทางกำกับการใช้ข้อมูลที่ชัดเจน ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่าปัญหาการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้เป็นเพียงปัญหาด้านช่องทางการสื่อสาร แต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่เชื่อมโยงกับคุณภาพข้อมูล บทบาทของผู้รับผิดชอบ การประสานงานข้ามระดับบริการ และการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ ปัญหา และข้อจำกัดของระบบการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประเด็น	สาระสำคัญ
การสื่อสารรวดเร็วแต่ข้อมูลไม่คงอยู่	การใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันสนทนาช่วยให้สื่อสารได้รวดเร็ว แต่ข้อมูลกระจัดกระจาย ค้นย้อนหลังได้ยาก และยังไม่มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน
คุณภาพข้อมูลยังไม่เข้มแข็ง	ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ทันรอบรายงาน และมีความคลาดเคลื่อนระหว่างแหล่งข้อมูล ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ใช้กำกับติดตาม
รอยต่อระหว่างระดับบริการเปราะบาง	การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการยังไม่มีมาตรฐานกลาง ข้อมูลบางส่วนสูญหายในกระบวนการส่งต่อ และขาดกลไกป้อนกลับข้อมูลระหว่างระดับบริการ
ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด	การติดตามผู้ป่วยขาดนัดยังไม่เป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยบางรายหลุดจากระบบติดตาม และส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและทักษะดิจิทัล	หน่วยบริการมีความพร้อมด้านกำลังคน อินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ และทักษะการใช้ระบบดิจิทัลแตกต่างกัน ทำให้การใช้ระบบสื่อสารและข้อมูลไม่สม่ำเสมอ
ความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ	การส่งต่อข้อมูลผ่านช่องทางส่วนบุคคลหรือช่องทางที่ไม่เป็นทางการมีความเสี่ยงต่อการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้ไม่มีสิทธิ์ และยังขาดแนวทางควบคุมสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลที่ชัดเจน

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่า ข้อจำกัดของระบบการสื่อสารเดิมไม่ได้เกิดจากช่องทางการสื่อสารเพียงด้านเดียว แต่เชื่อมโยงกับคุณภาพข้อมูล รอยต่อของการประสานงานระหว่างระดับบริการ ความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย ความพร้อมด้านทรัพยากรและทักษะดิจิทัล รวมถึงการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการสื่อสารที่มีช่องทางมาตรฐาน แบบฟอร์มข้อมูลกลาง บทบาทผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน กลไกป้อนกลับข้อมูล และมาตรการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานของพื้นที่

3. ผลการพัฒนาระบบการสื่อสาร (ระยะที่ 2)

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการตรวจสอบยืนยันโดยผู้ใช้งาน พบว่าระบบการสื่อสารเพื่อเสริมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ช่องทางการสื่อสารมาตรฐาน 2) แบบฟอร์มรายงานและติดตามผู้ป่วย 3) กลไกการป้อนกลับข้อมูล 4) การกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบแต่ละระดับ และ 5) การใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตาม ระบบดังกล่าวมุ่งจัดระเบียบการสื่อสารและการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสนับสนุนการติดตามผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล การประสานงาน และการกำกับติดตามคุณภาพบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น

องค์ประกอบ	รายละเอียดที่พัฒนา	บทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ช่องทางการสื่อสารมาตรฐาน	กำหนดช่องทางสื่อสารที่เป็นทางการ เช่น LINE OA หรือกลุ่มทางการ Google Form และระบบรายงานออนไลน์ที่เชื่อมโยงกับข้อมูลบริการ	ลดความกระจัดกระจายของข้อมูล ลดการสื่อสารนอกระบบ และทำให้การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการมีช่องทางที่ชัดเจน
แบบฟอร์มรายงานและติดตามผู้ป่วย	จัดทำแบบฟอร์มข้อมูลกลางสำหรับรายงานและติดตามผู้ป่วย โดยกำหนดข้อมูลจำเป็น เช่น ผู้ป่วยขาดนัด ค่า HbA1c ระดับความดันโลหิต การปรับยาและแผนติดตาม	เพิ่มความครบถ้วน ความเป็นมาตรฐาน และความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
กลไกการป้อนกลับข้อมูล	กำหนดระบบยืนยันการรับเคส การแจ้งผลการดำเนินงาน และการประชุมป้อนกลับข้อมูลเป็นรอบรายเดือน	ช่วยให้หน่วยบริการรับรู้สถานะของผู้ป่วย ปัญหาการติดตาม และประเด็นที่ต้องปรับปรุงได้รวดเร็วขึ้น
บทบาทผู้รับผิดชอบแต่ละระดับ	กำหนดบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในรูปแบบแนวทางปฏิบัติ	ลดความซ้ำซ้อนของงาน เพิ่มความชัดเจนของผู้รับผิดชอบ และสนับสนุนการประสานงานข้ามระดับบริการ
การใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตาม	ใช้ Dashboard ตารางติดตามผู้ป่วยขาดนัด รายการเคสค้างติดตาม และระบบแจ้งเตือน เพื่อสนับสนุนการกำกับติดตามระดับพื้นที่	สนับสนุนการตัดสินใจ การจัดลำดับความสำคัญของเคส และการติดตามผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

ระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นจึงมิได้เป็นเพียงการเพิ่มช่องทางการติดต่อระหว่างหน่วยบริการ แต่เป็นการจัดระบบการสื่อสาร การจัดการข้อมูล และการกำหนดบทบาทการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพสามารถติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ต่อเนื่อง มีข้อมูล

สนับสนุนการตัดสินใจ และลดความเปราะบางของรอยต่อระหว่างระดับบริการ

4. ผลการประเมินระบบการสื่อสาร (ระยะที่ 3–4)

ผลการประเมินภายหลังการทดลองใช้ระบบการสื่อสารในพื้นที่นำร่อง ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ สมรรถนะด้านการสื่อสารของบุคลากร คุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการประสานงาน ความพึงพอใจต่อระบบ และแนวโน้มผลลัพธ์สุขภาพระดับระบบ ดังนี้

4.1 สมรรถนะด้านการสื่อสารของบุคลากร

ภายหลังการใช้ระบบการสื่อสาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการสื่อสารของบุคลากรเพิ่มขึ้นทุกมิติ โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 56.77 คะแนน (S.D. = 5.66) เป็น 81.91 คะแนน (S.D. = 4.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 33.79$, $p < .001$, Cohen's $d = 3.08$) เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่ามิติความครบถ้วนของข้อมูลมีขนาดอิทธิพลสูงสุด (Cohen's $d = 1.91$) รองลงมาคือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Cohen's $d = 1.72$) ความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย (Cohen's $d = 1.49$) และความรวดเร็วในการสื่อสาร (Cohen's $d = 1.17$) ตามลำดับ โดยทุกมิติมีคะแนนเฉลี่ยหลังใช้ระบบสูงกว่าก่อนใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถนะด้านการสื่อสารของบุคลากรก่อนและหลังการใช้ระบบ (n = 120)

สมรรถนะด้านการสื่อสาร	ก่อนใช้ระบบ Mean ± S.D.	หลังใช้ระบบ Mean ± S.D.	t	p-value	Cohen's d
ความรวดเร็วในการสื่อสาร	15.57 ± 3.22	20.71 ± 2.20	12.84	< .001	1.17
ความครบถ้วนของข้อมูล	14.28 ± 2.67	20.82 ± 2.12	20.92	< .001	1.91
ความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย	13.53 ± 2.79	20.02 ± 2.47	16.29	< .001	1.49
การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	13.39 ± 3.17	20.36 ± 2.14	18.87	< .001	1.72
คะแนนรวมสมรรถนะ	56.77 ± 5.66	81.91 ± 4.73	33.79	< .001	3.08

หมายเหตุ: *วิเคราะห์ด้วย Paired t-test, df = 119; ทุกมิติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .001; Cohen's d ใช้แสดงขนาดอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการใช้ระบบ โดยค่า 0.20, 0.50 และ 0.80 หมายถึงขนาดอิทธิพลระดับเล็ก ปานกลาง และใหญ่ ตามลำดับ*

เมื่อจำแนกระดับสมรรถนะด้านการสื่อสารตามค่าเฉลี่ยต่อข้อ พบว่าก่อนใช้ระบบ บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 93 คน (ร้อยละ 77.50) รองลงมาคือระดับน้อย 25 คน (ร้อยละ 20.83) และระดับมาก 2 คน (ร้อยละ 1.67) ภายหลังการใช้ระบบบุคลากรทั้งหมดมีสมรรถนะอยู่ในระดับมากขึ้นไป โดยอยู่ในระดับมาก 86 คน (ร้อยละ 71.67) และระดับมากที่สุด 34 คน (ร้อยละ 28.33) ผลดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะด้านการสื่อสารในทิศทางที่ดีขึ้นภายหลังการใช้ระบบ

4.2 ผลด้านคุณภาพข้อมูล ประสิทธิภาพการประสานงาน และความพึงพอใจต่อระบบ

ภายหลังการใช้ระบบการสื่อสาร พบว่าคุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการประสานงานมีแนวโน้มดีขึ้นทุกตัวชี้วัด โดยความครบถ้วนของรายงานเพิ่มจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 92.3 ความถูกต้องของข้อมูลเพิ่มจากร้อยละ 74.2 เป็นร้อยละ 95.1 ความทันเวลาในการส่งข้อมูลเพิ่มจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 89.7 และระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งต่อข้อมูลลดลงจาก 3.8 วัน เหลือ 1.4 วัน

ด้านประสิทธิภาพการประสานงาน พบว่ารอบการประชุมป้อนกลับข้อมูลเพิ่มจาก 0.3 ครั้งต่อเดือน เป็น 1.0 ครั้งต่อเดือน การยืนยันรับเคสภายใน 24 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 42.0 เป็นร้อยละ 88.6 การติดตามเคสขาดนัดภายใน 7 วันเพิ่มจากร้อยละ 55.4 เป็นร้อยละ 87.2 ขณะที่การคีย์ข้อมูลซ้ำซ้อนลดลงจากร้อยละ 47.0 เป็นร้อยละ 18.5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการประสานงานก่อนและหลังการใช้ระบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้ระบบ	หลังใช้ระบบ	การเปลี่ยนแปลง
ความครบถ้วนของรายงาน (ร้อยละ)	68.5	92.3	+23.8
ความถูกต้องของข้อมูล (ร้อยละ)	74.2	95.1	+20.9
ความทันเวลาในการส่งข้อมูล (ร้อยละ)	61.3	89.7	+28.4
ระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งต่อข้อมูล (วัน)	3.8	1.4	−2.4
รอบการประชุมป้อนกลับข้อมูล (ครั้ง/เดือน)	0.3	1.0	+0.7
ยืนยันรับเคสภายใน 24 ชั่วโมง (ร้อยละ)	42.0	88.6	+46.6
ติดตามเคสขาดนัดภายใน 7 วัน (ร้อยละ)	55.4	87.2	+31.8
การคีย์ข้อมูลซ้ำซ้อน (ร้อยละ)	47.0	18.5	−28.5

หมายเหตุ: ร้อยละคำนวณจากจำนวนรายงานและรายการติดตามผู้ป่วยที่บันทึกในระบบก่อนและหลังการใช้ระบบในพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ ตัวชี้วัดส่วนใหญ่รายงานเป็นร้อยละและส่วนต่างของร้อยละ ยกเว้นระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งต่อข้อมูลซึ่งรายงานเป็นวัน และรอบการประชุมป้อนกลับข้อมูลซึ่งรายงานเป็นจำนวนครั้งต่อเดือน

สำหรับความพึงพอใจต่อระบบการสื่อสาร พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 83.02 คะแนน (S.D. = 6.83) หรือคะแนนเฉลี่ยต่อข้อเท่ากับ 4.15 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านกระบวนการทำงานของระบบมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (เฉลี่ยต่อข้อ 4.30) รองลงมาคือด้านช่องทางการสื่อสาร (4.16) ด้านความพึงพอใจโดยรวม (4.12) และด้านเนื้อหาและรูปแบบข้อมูล (4.02) ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ใช้ระบบสะท้อนว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การส่งต่อข้อมูลรวดเร็วขึ้น ข้อมูลมีรูปแบบเดียวกันมากขึ้น และบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในแต่ละระดับชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้เสนอให้กำหนดรอบเวลาการรายงาน ผู้รับผิดชอบหลัก และแนวทางการป้อนกลับข้อมูลให้เป็นกิจวัตร เพื่อให้ระบบสามารถนำไปใช้ต่อเนื่องในงานประจำได้

4.3 แนวโน้มผลลัพธ์สุขภาพระดับระบบ

จากข้อมูลทุติยภูมิระดับสรุปรวมของพื้นที่นำร่อง พบว่า ภายหลังการใช้ระบบการสื่อสาร ตัวชี้วัดผลลัพธ์สุขภาพระดับระบบมีแนวโน้มดีขึ้น โดยสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม HbA1c < 7% เพิ่มจากร้อยละ 39.30 เป็นร้อยละ 46.33 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต < 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มจากร้อยละ 53.30 เป็นร้อยละ 61.27 ผู้ป่วยขาดนัดลดลงจากร้อยละ 16.16 เป็นร้อยละ 10.53 และการติดตามผู้ป่วยขาดนัดสำเร็จเพิ่มจากร้อยละ 58.02 เป็นร้อยละ 84.50 ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวใช้เพื่อสะท้อนแนวโน้มเชิงระบบเท่านั้น เนื่องจากเป็นข้อมูลทุติยภูมิระดับสรุปรวมและไม่ได้ออกแบบเพื่อทดสอบผลลัพธ์สุขภาพระดับรายบุคคล จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการใช้ระบบกับผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยได้โดยตรง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ระบบการสื่อสารเดิมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดกระบี่ยังมีข้อจำกัดเชิงระบบ ทั้งด้านข้อมูลไม่คงอยู่ ข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ทันเวลา รอยต่อระหว่างระดับบริการเปราะบาง การติดตามผู้ป่วยขาดนัดไม่ต่อเนื่อง และความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของข้อมูล ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับพื้นที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางคลินิกของหน่วยบริการเพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับความสามารถของระบบในการส่งต่อข้อมูล การประสานงาน การป้อนกลับข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทาง NCD Clinic Plus ที่ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลเพื่อประเมิน ติดตาม

และพัฒนาคุณภาพบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[3] รวมทั้งแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570 ที่เน้นการพัฒนาระบบบริการและการจัดการข้อมูลในระดับพื้นที่[4]

ระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นตอบสนองต่อข้อจำกัดดังกล่าว โดยประกอบด้วยช่องทางการสื่อสารมาตรฐาน แบบฟอร์มรายงานและติดตามผู้ป่วย กลไกการป้อนกลับข้อมูล การกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบแต่ละระดับ และการใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตาม จุดเด่นของระบบคือไม่ได้เป็นเพียงการเพิ่มช่องทางการสื่อสารใหม่ แต่เป็นการจัดระบบการสื่อสารให้เชื่อมโยงกับบทบาท กระบวนการทำงาน และวงจรการใช้ข้อมูลของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดกระบี่ การพัฒนาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริงจึงช่วยให้ระบบมีความเหมาะสมกับบริบท ลดช่องว่างระหว่างการออกแบบกับการนำไปใช้ และเพิ่มโอกาสการยอมรับของผู้ใช้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การพัฒนากลไกการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดระบบการทำงานที่ชัดเจนและเชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้มากขึ้น8 รวมทั้งแนวคิดการออกแบบระบบสุขภาพดิจิทัลร่วมกับผู้ใช้ ซึ่งชี้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ปลายทางมีความสำคัญต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำระบบไปใช้จริง[12]

ผลการประเมินระบบการสื่อสาร หลังการใช้ระบบการสื่อสาร บุคลากรมีสมรรถนะด้านการสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวชี้วัดด้านคุณภาพข้อมูลกับประสิทธิภาพการประสานงานมีแนวโน้มดีขึ้นทุกตัวชี้วัด ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นทำหน้าที่ทั้งเป็นเครื่องมือสนับสนุนการทำงานและกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง บุคลากรได้ใช้ช่องทางสื่อสารมาตรฐาน แบบฟอร์มข้อมูลกลาง กลไกยืนยันรับเคส การป้อนกลับข้อมูล และการติดตามผ่านข้อมูลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จึงมีส่วนเสริมสมรรถนะด้านความรวดเร็วในการสื่อสาร ความครบถ้วนของข้อมูล ความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะเดียวกัน การมีแบบฟอร์มและเกณฑ์ข้อมูลที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลาของข้อมูล ลดการคีย์ข้อมูลซ้ำซ้อน และเพิ่มความรวดเร็วในการติดตามผู้ป่วยขาดนัด ผลนี้สอดคล้องกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนการติดตาม การให้ข้อมูล และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[9] รวมทั้งการทบทวนที่พบว่ามาตรการสุขภาพดิจิทัลในบริการปฐมภูมิสามารถสนับสนุนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ โดยประสิทธิผลขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของการออกแบบ การยอมรับของผู้ใช้ และการบูรณาการเข้ากับระบบบริการจริง[10]

สำหรับแนวโน้มผลลัพธ์สุขภาพระดับระบบพบว่าพื้นที่นำร่องมีแนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม HbA1c ได้เพิ่มขึ้น สัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยขาดนัดลดลง และการติดตามผู้ป่วยขาดนัดสำเร็จเพิ่มขึ้น แนวโน้มดังกล่าวมีความเป็นไปได้ในเชิงระบบ เนื่องจากการสื่อสารที่รวดเร็วขึ้น ข้อมูลที่มีรูปแบบเดียวกัน และบทบาทผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนช่วยให้หน่วยบริการติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่องมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิระดับสรุปรวม ไม่ใช่ข้อมูลรายบุคคล และการวิจัยไม่ได้ออกแบบเป็นการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์สุขภาพเกิดจากระบบการสื่อสารโดยตรง ผลลัพธ์ดังกล่าวจึงควรใช้เป็นข้อมูลประกอบการติดตามคุณภาพบริการและเป็นฐานสำหรับการศึกษาประสิทธิผลในระยะต่อไป ทั้งนี้ความพึงพอใจของบุคลากรที่อยู่ในระดับมากสะท้อนว่าระบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในงานประจำ แต่การขยายผลควรพิจารณาความพร้อมด้านบุคลากร ภาระงาน ทักษะดิจิทัล

โครงสร้างพื้นฐาน และมาตรการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพควบคู่กัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง โดยกำหนดช่องทางสื่อสาร ชุดข้อมูลกลาง วงรอบการรายงาน ผู้รับผิดชอบ และกลไกป้อนกลับข้อมูลให้ชัดเจน

1.2 ควรใช้ระบบการสื่อสารเป็นเครื่องมือเสริมสมรรถนะบุคลากรด้านการสื่อสาร การจัดการข้อมูล และการประสานงาน โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงควบคู่กับการทบทวนข้อมูลและสะท้อนปัญหาอย่างต่อเนื่อง

1.3 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสารและติดตามผู้ป่วยควรดำเนินควบคู่กับมาตรการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล การใช้ข้อมูลไม่ระบุตัวบุคคล และแนวทางการส่งต่อข้อมูลที่ปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของระบบในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการใช้ระบบ ความคงอยู่ของสมรรถนะบุคลากร และความยั่งยืนของกลไกป้อนกลับข้อมูล

2.2 ควรออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ หรือการวิจัยกึ่งทดลองหลายพื้นที่ เพื่อลดข้อจำกัดของการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง และประเมินผลต่อสมรรถนะ คุณภาพข้อมูล และการประสานงานได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.3 หากต้องการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกระดับผู้ป่วย เช่น HbA1c หรือความดันโลหิต ควรใช้ข้อมูลรายบุคคลภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัย มีมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2025). Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Jun 3].
2. World Health Organization.(2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2567). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่.(2567). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2567. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่; 2567.
6. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2567). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2567.
7. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566.
8. พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, ชูสง่า สีสัน, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, รชานนท์ ง่วนใจรัก, ละม่อม กล้าหาญ.(2567). การพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. วารสารควบคุมโรค. 2567;50(2):245-256. doi:10.14456/dcj.2024.21

9. จิราพร สุวะมาตย์, สิปป์ธวัฒน์ มณีวรรณ, จเร ศรีมีชัย.(2566). การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2566;6(3):82-93.
10. Xiong S, Lu H, Peoples N, Duman EK, Najarro A, Ni Z, et al.(2023). Digital health interventions for non-communicable disease management in primary health care in low- and middle-income countries. NPJ Digit Med. 2023;6:12. doi:10.1038/s41746-023-00764-4
11. Sheehan J, Laver K, Bhopti A, Rahja M, Usherwood T, Clemson L, Lannin NA.(2021). Methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners: a systematic narrative review. J Multidiscip Healthc. 2021;14:493-511. doi:10.2147/JMDH.S295549
12. Duffy A, Boroumandzad N, Sherman AL, Christie G, Riadi I, Moreno S.(2025). Examining challenges to co-design digital health interventions with end users: systematic review. J Med Internet Res. 2025;27:e50178. doi:10.2196/50178

การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับเครือข่าย อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

Development of an Integrated Health Information System for Network-Based Management of Non-Communicable Diseases in Nakae District, Thailand.

(Received: June 14,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

ไชยณรงค์ วาปี[1]ภาณุพงศ์ มูลสาร[1]
Chainarong Wapee[1] Phanuphong Moonsarn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของระบบดังกล่าวในการจัดการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข 64 คน และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ ระบบที่พัฒนาประกอบด้วยการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดตามผู้ป่วยรายบุคคล ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ และ Dashboard สำหรับการบริหารจัดการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบ พบว่ารูปแบบการให้บริการได้เปลี่ยนจากการรวมศูนย์ที่โรงพยาบาลไปสู่การให้บริการแบบเครือข่าย โดยโรงพยาบาลลดวันให้บริการคลินิก NCD เหลือสัปดาห์ละ 2 วัน (800–960 ราย/เดือน) ขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 19 แห่งสามารถให้บริการได้แห่งละ 1 ครั้งต่อเดือน (รวม 1,900–2,280 ราย/เดือน) ส่งผลให้ความครอบคลุมของการให้บริการเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 2,440 รายต่อเดือน เป็น 3,240 รายต่อเดือน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.78) ในด้านประสิทธิภาพการให้บริการ พบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 2 ชั่วโมง 50 นาที เหลือ 1 ชั่วโมง 34 นาที (ลดลงร้อยละ 44.71) และอัตราการมาตามนัดเพิ่มขึ้นจากไม่เกินร้อยละ 60 เป็นมากกว่าร้อยละ 95 สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องในการรักษาที่ดีขึ้น และในด้านการใช้งานระบบ พบว่าผู้ใช้งานมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.57, S.D. = 0.27) โดยเฉพาะด้านการติดตามผู้ป่วย การแจ้งเตือน และการสนับสนุนการตัดสินใจ ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบ

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ, การบริการสุขภาพแบบเครือข่าย

Abstract

This study was quasi-experimental research employed a research and development (R&D) approach conducted between October 2025 and March 2026. The participants included 64 healthcare personnel and NCD patients in the study area. The developed system consisted of a centralized data integration platform linking hospitals and subdistrict health-promoting hospitals, a patient tracking system, an automated alert system, and a management dashboard. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results: Following system implementation, the service delivery model shifted from a hospital-centered approach to a network-based model. The hospital reduced NCD clinic services to two days per week (800–960 visits/month), while 19 subdistrict health-promoting hospitals provided services once per month (1,900–2,280

[1] โรงพยาบาลนาแก

visits/month). Overall service coverage increased from an average of 2,440 to 3,240 visits per month (a 32.78% increase). Service efficiency improved, with average waiting time reduced from 2 hours 50 minutes to 1 hour 34 minutes (a 44.71% reduction), and appointment adherence increased from less than 60% to over 95%. User satisfaction was at the highest level (mean = 4.57, SD = 0.27), particularly in patient tracking, alert functions, and decision support. Stakeholder participation was also at the highest level, contributing significantly to the success of system development.

Keywords: Non-communicable diseases; Health information system; Network-based healthcare; Digital health

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของประชากรโลก และก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านต้นทุนการรักษา ความแออัดของหน่วยบริการ และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย[1] นอกจากนี้โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังจำเป็นต้องได้รับการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งหากระบบบริการสุขภาพไม่สามารถรองรับได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับบริการซ้ำ และภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในระบบสุขภาพ[2]

ในบริบทของประเทศไทย แม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิและการกระจายบริการสู่ระดับชุมชน แต่ยังคงพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การให้บริการที่กระจุกตัวในโรงพยาบาล การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่ยังไม่สมบูรณ์ และการติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง[3] โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย NCD ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ (Digital Health) ถือเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ สนับสนุนการติดตามผู้ป่วยรายบุคคล และช่วยให้ผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลในการตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ[4,5] หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดอัตราการขาดนัด และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพในระดับเครือข่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ[6]

ในบริบทของอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก พบว่าการให้บริการยังคงมีลักษณะรวมศูนย์ที่โรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความแออัด ระยะเวลารอคอยนาน และอัตราการมาตามนัดต่ำ ขณะเดียวกัน หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ยังไม่ได้ถูกใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงข้อมูลและการสนับสนุนเชิงระบบ[7] ดังนั้น การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและสนับสนุนการจัดบริการแบบเครือข่าย จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการสนับสนุนการจัดการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับเครือข่าย โดยใช้กรณีศึกษาของอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการสนับสนุนการจัดการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับเครือข่าย

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบบริการก่อนและหลังการพัฒนา ได้แก่ ความครอบคลุมของการให้บริการ ระยะเวลารอคอย และอัตราการมาตามนัด

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานและระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ

ขอบเขตของการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569

ขั้นตอนการวิจัย (Research Procedure)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงระบบ และแบ่งออกเป็น 2 ระยะสำคัญ โดยมีการดำเนินกิจกรรมย่อยในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาและออกแบบระบบ (System Development Phase)

ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศต้นแบบ โดยประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1–2: การศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการของระบบ

กิจกรรมที่ 3–4: การออกแบบและพัฒนาระบบต้นแบบตามกรอบ System Design Framework

กิจกรรมที่ 5: การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศแบบสมบูรณ์ (Operational System)

โดยระบบที่พัฒนาประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบเชื่อมโยงข้อมูล (Data Integration) ระบบติดตามผู้ป่วย (Patient Tracking) ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ (Alert System) Dashboard ระบบวิเคราะห์ข้อมูล (Analytics)

ภายหลังการพัฒนา ได้มีการตรวจสอบความเหมาะสมของระบบโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ใช้งานในพื้นที่ และปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับบริบทจริงก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 2 การนำระบบไปใช้และประเมินผล (Implementation and Evaluation Phase)

ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำระบบที่พัฒนาไปใช้จริงในพื้นที่ และประเมินผลลัพธ์ของระบบ โดยประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

กิจกรรมที่ 6: การนำระบบไปใช้ในพื้นที่ (Implementation) ติดตั้งระบบและเชื่อมโยงฐานข้อมูล อบรมบุคลากร สนับสนุนทางเทคนิค เก็บข้อมูลการใช้งานจริง

กิจกรรมที่ 7: การประเมินผล สรุป และถอดบทเรียน ประเมินผลด้านประสิทธิภาพบริการ (coverage, waiting time, adherence) ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ความยั่งยืนและแนวทางขยายผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลนาแกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย จำนวน 64 คน และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำศึกษา และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม พิจารณาและได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัย เลขที่ REC 108/68

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการสนับสนุนการจัดการข้อมูลและบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาร่วมกับการประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินระบบประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 64 คน จากโรงพยาบาลนาแกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 19 แห่ง โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 41.8 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–49 ปี ร้อยละ 78.1 สังกัดโรงพยาบาลนาแก 21 คน คิดเป็นร้อยละ 32.8 และสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 43 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 เมื่อจำแนกตามตำแหน่ง พบว่าส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข 23 คน คิดเป็นร้อยละ 35.94 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. 19 คน คิดเป็นร้อยละ 29.69 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 15.2 ปี และส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.3 สะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์ตรงกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ และสามารถสะท้อนปัญหาความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อระบบได้อย่างมีนัยสำคัญเชิงปฏิบัติ

ผลการประเมินก่อนการพัฒนาระบบ พบว่าระบบเดิมมีข้อจำกัดในหลายมิติ โดยผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 สะท้อนว่าระบบเดิมยังไม่สามารถสนับสนุนการจัดการข้อมูลและบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประเด็นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. การติดตามผู้ป่วยรายบุคคล การแจ้งเตือนผู้ป่วยขาดนัด การจัดทำรายงานอัตโนมัติ และการแสดงผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ความต้องการเชิงระบบออกเป็นรูปแบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ 2) ระบบติดตามผู้ป่วยรายบุคคล 3) ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ 4) ระบบแสดงผลข้อมูลแบบ Dashboard และ 5) ระบบวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ องค์ประกอบดังกล่าวถูกนำมาใช้เป็นกรอบการพัฒนาระบบต้นแบบและยกระดับเป็นระบบที่สามารถรองรับการใช้งานจริงในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ

รูปแบบระบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นระบบเทคโนโลยีสารสนเทศแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลนาแกและ รพ.สต. ในเครือข่าย โดยมีฐานข้อมูลกลาง ระบบติดตามผู้ป่วยรายบุคคล ระบบแจ้งเตือนนัดหมายและการขาดนัด ระบบ Dashboard สำหรับผู้บริหาร ระบบรายงานอัตโนมัติ และระบบกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล ระบบดังกล่าวไม่ได้ทำหน้าที่เพียงเป็นเครื่องมือ

บันทึกข้อมูล แต่เป็นกลไกสนับสนุนการเปลี่ยนรูปแบบบริการจากระบบรวมศูนย์ที่โรงพยาบาลไปสู่ระบบบริการแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลที่ได้

รูปแบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนา (System Model)

นอกเหนือจากผลลัพธ์เชิงปริมาณ การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนา “รูปแบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการบริการผู้ป่วย NCD ในระดับเครือข่าย” ซึ่งเป็นผลลัพธ์เชิงนวัตกรรมของงานวิจัย โดยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. ระบบเชื่อมโยงข้อมูล (Data Integration) เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล

2. ระบบติดตามผู้ป่วยรายบุคคล (Patient Tracking System) รองรับ Care Plan และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

3. ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ (Alert System) แจ้งเตือนนัดหมาย การใช้ยา และการติดตามผู้ป่วย ลดปัญหาการขาดนัด

4. ระบบ Dashboard (Real-time Monitoring) แสดงข้อมูลสถานการณ์โรคและบริการในภาพรวม สนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร

5. ระบบวิเคราะห์ข้อมูล (Analytics and Decision Support) สนับสนุนการวางแผนบริการและการบริหารจัดการเชิงระบบ

ภายหลังการพัฒนาระบบ พบว่ารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยโรงพยาบาลนาแกปรับการให้บริการคลินิก NCD เหลือสัปดาห์ละ 2 วัน เฉลี่ย 800–960 รายต่อเดือน ขณะที่ รพ.สต. ในเครือข่าย 19 แห่งสามารถให้บริการได้แห่งละ 1 ครั้งต่อเดือน รวมเฉลี่ย 1,900–2,280 รายต่อเดือน ส่งผลให้ความครอบคลุมของการให้บริการเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 2,440 รายต่อเดือน เป็น 3,240 รายต่อเดือน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 32.78 แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วย NCD ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ด้านประสิทธิภาพการให้บริการ พบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลงจาก 2 ชั่วโมง 50 นาที เหลือ 1 ชั่วโมง 34 นาที หรือลดลงร้อยละ 44.71 สะท้อนว่าการเชื่อมโยงข้อมูล การกระจายบริการ และการจัดระบบบริการแบบเครือข่ายช่วยลดขั้นตอน ลดความแออัด และเพิ่มความรวดเร็วของกระบวนการให้บริการได้อย่างชัดเจน

ด้านการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องในการดูแล พบว่าอัตราการมาตามนัดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากไม่เกินร้อยละ 60 เป็นมากกว่าร้อยละ 95 แสดงให้เห็นว่าระบบแจ้งเตือน การติดตามผู้ป่วยรายบุคคล และการให้บริการใกล้บ้านสามารถช่วยลดการหลุดจากระบบการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

ด้านการประเมินระบบหลังการพัฒนา พบว่าผู้ใช้งานประเมินประสิทธิภาพของระบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27 โดยประเด็นที่มีคะแนนสูง ได้แก่ การแสดงผลข้อมูลแบบ Dashboard การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และการแจ้งเตือนอัตโนมัติ สะท้อนว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานได้อย่างครอบคลุม

ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้งาน พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การลดความเสี่ยงจากการขาดนัด และการสนับสนุนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน สะท้อนว่ากระบวนการพัฒนาระบบครั้งนี้ไม่ได้เป็นการพัฒนาโดยฝ่ายวิจัยหรือฝ่ายเทคนิคเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นกระบวนการพัฒนา

ร่วมกันระหว่างผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ รพ.สต. และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ตั้งแต่การสะท้อนปัญหา การออกแบบระบบ การทดลองใช้ การให้ข้อเสนอแนะ และการปรับปรุงระบบก่อนนำไปใช้จริง

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจัดการข้อมูลและบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วยระบบเชื่อมโยงข้อมูล ระบบติดตามผู้ป่วย ระบบแจ้งเตือน Dashboard และระบบวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ผลการนำระบบไปใช้จริงแสดงให้เห็นว่าสามารถเพิ่มความครอบคลุมของบริการ ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มอัตราการมาตามนัด และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงกล่าวได้ว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการเป็นต้นแบบของการจัดบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเครือข่ายในระดับอำเภอ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือขยายผลในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ในอนาค

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศแบบสมบูรณ์เพื่อรองรับระบบบริการเครือข่าย ผลจากการศึกษาพบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสนับสนุนการเปลี่ยนรูปแบบบริการจากการรวมศูนย์ที่โรงพยาบาลไปสู่การให้บริการแบบเครือข่ายได้อย่างชัดเจน โดยโรงพยาบาลนาแกปรับการให้บริการคลินิก NCD เหลือสัปดาห์ละ 2 วัน วันละประมาณ 100–120 ราย เฉลี่ยเดือนละ 800–960 ราย ขณะเดียวกัน รพ.สต. ในเครือข่าย 19 แห่ง สามารถให้บริการเดือนละ 1 ครั้งต่อแห่ง ครั้งละประมาณ 100–120 ราย เฉลี่ยรวม 1,900–2,280 รายต่อเดือน เมื่อพิจารณาภาพรวมการให้บริการพบว่าความครอบคลุมของการให้บริการเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ยประมาณ 2,440 รายต่อเดือน เป็นประมาณ 3,240 รายต่อเดือน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 32.78 แสดงให้เห็นว่าระบบสามารถเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วย NCD ได้มากขึ้น

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Wagner และคณะ ที่เสนอ Chronic Care Model ซึ่งเน้นการจัดระบบบริการแบบบูรณาการและการใช้ข้อมูลสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง[8] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วยและลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล[9]

ในด้านการลดความแออัด พบว่าการกระจายบริการไปยัง รพ.สต. ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล ลดการกระจุกตัวของผู้ป่วย และเพิ่มความคล่องตัวของกระบวนการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลาศ ทองมีสิทธิ์ และคณะ ที่พบว่าการจัดบริการแบบเครือข่ายสามารถลดภาระของโรงพยาบาลและเพิ่มการเข้าถึงบริการในระดับพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ[10]

ในด้านระยะเวลารอคอย พบว่าลดลงจาก 2 ชั่วโมง 50 นาที เหลือ 1 ชั่วโมง 34 นาที หรือคิดเป็นการลดลงร้อยละ 44.71 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบในการลดขั้นตอนและเพิ่มความรวดเร็วของการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kruse และคณะ ที่รายงานว่าการใช้ระบบดิจิทัลด้านสุขภาพสามารถลดระยะเวลาการให้บริการและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพได้[11]

ในด้านการเข้าถึงบริการ พบว่าผู้ป่วยสามารถรับบริการใกล้บ้านมากขึ้น และมีอัตราการมาตามนัดเพิ่มขึ้นจากไม่เกินร้อยละ 60 เป็นมากกว่าร้อยละ 95 แสดงให้เห็นว่าระบบช่วยลดการหลุดจากระบบการดูแลและเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shaw และคณะ ที่

พบว่า eHealth interventions มีบทบาทสำคัญในการเพิ่ม adherence และ continuity of care ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[12]

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้งานสะท้อนการยอมรับระบบ ผลการประเมินพบว่าผู้ใช้งานมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.57, S.D. = 0.27) โดยเฉพาะด้านการติดตามผู้ป่วย การแจ้งเตือน และการสนับสนุนการตัดสินใจ สะท้อนว่าระบบสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งานจริง และช่วยลดภาระงานในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Technology Acceptance Model (TAM) ของ Davis ที่ระบุว่าการรับรู้ถึงประโยชน์และความง่ายในการใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับเทคโนโลยี[13] และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร สุวะมาตย์ และคณะ ที่พบว่าการใช้ ICT ในการดูแลผู้ป่วย NCD ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ[6]

3. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ผลการประเมินการมีส่วนร่วม พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าการพัฒนาระบบครั้งนี้เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร บุคลากร และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ตั้งแต่ต้นจนจบ ซึ่งช่วยให้ระบบมีความสอดคล้องกับบริบทจริง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Participatory Design และการศึกษาของ Berg ที่ระบุว่าระบบสารสนเทศทางสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ต้องสอดคล้องกับ workflow จริงของผู้ใช้งาน[14]

4. การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ การมีส่วนร่วมช่วยลดช่องว่างระหว่างเทคโนโลยีกับการปฏิบัติงานจริง และเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Implementation Science (CFIR) ของ Damschroder และคณะ ที่ระบุว่าการยอมรับและความสำเร็จของนวัตกรรมขึ้นอยู่กับบริบทและการมีส่วนร่วมของผู้ใช้งาน[15]

5. การสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนผลกระทบเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายกลไกของผลลัพธ์เชิงปริมาณ เช่น การเพิ่มอัตราการมาตามนัดและการลดเวลารอคอย โดยเกิดจากระบบแจ้งเตือน การติดตามผู้ป่วย และการใช้ข้อมูลร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Creswell และ Plano Clark ที่ระบุว่าการใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานช่วยให้เข้าใจทั้ง “ผลลัพธ์” และ “กลไกของผลลัพธ์” ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น[16]

6. ความยั่งยืน ความคุ้มค่า และแนวทางขยายผล ในด้านความยั่งยืน ระบบมีศักยภาพในการใช้งานต่อเนื่อง เนื่องจากพัฒนาจากปัญหาจริงและได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งาน อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการสนับสนุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และงบประมาณ ในด้านความคุ้มค่า แม้ไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนโดยตรง แต่ผลลัพธ์เชิงระบบ เช่น การเพิ่มความครอบคลุม การลดเวลารอคอย และการเพิ่มอัตราการมาตามนัด สะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพสามารถเพิ่ม efficiency และลดภาระของระบบบริการในระยะยาว[17]

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ระดับอำเภอ ควรสนับสนุนให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นถูกใช้เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลและ รพ.สต. ใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน มีแนวทางการติดตามผู้ป่วยร่วมกัน และใช้ Dashboard เป็นเครื่องมือกำกับติดตามผลการศึกษา

2) ระดับจังหวัด ควรนำรูปแบบนี้ไปพิจารณาขยายผลในระดับจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัญหาความแออัดของคลินิก NCD และมีเครือข่าย รพ.สต. หลายแห่ง ระบบนี้สามารถใช้เป็นต้นแบบของการจัดบริการ NCD แบบเครือข่ายที่มีข้อมูลเป็นฐาน

3) ระดับเขตสุขภาพและประเทศ ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และลดภาระของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ นอกจากนี้ควรมีนโยบายสนับสนุนมาตรฐานการเชื่อมโยงข้อมูล ความปลอดภัยของข้อมูล และระบบติดตามผลลัพธ์ในระดับเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการนำระบบไปใช้

1) การนำระบบไปใช้ควรเริ่มจากการประเมินความพร้อมของพื้นที่ ได้แก่ ความพร้อมด้านอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ ผู้รับผิดชอบระบบ และรูปแบบบริการเดิม จากนั้นควรจัดอบรมบุคลากรทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ใช้งานให้ชัดเจน

2) ควรจัดทำคู่มือการใช้งาน มาตรฐานการบันทึกข้อมูล และแนวทางการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้การใช้งานระบบเป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ นอกจากนี้ ควรมีทีมสนับสนุนทางเทคนิคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงแรกของการใช้งาน เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับระบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

3) การนำระบบไปใช้ควรดำเนินการควบคู่กับการปรับรูปแบบบริการ ไม่ควรใช้ระบบสารสนเทศเพียงเพื่อบันทึกข้อมูล แต่ควรใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการกระจายบริการ การติดตามผู้ป่วย การจัดทีมสหวิชาชีพ และการวางแผนบริการระดับเครือข่าย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) เป็นการศึกษารูปแบบวิจัยและพัฒนาในพื้นที่เดียว คืออำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยจึงอาจยังไม่สามารถสรุปทั่วไปไปยังทุกพื้นที่ได้โดยตรง เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบริบทด้านบุคลากร ระบบข้อมูล และโครงสร้างบริการแตกต่างกัน

2) ระยะเวลาการศึกษาค่อนข้างจำกัด ทำให้สามารถประเมินผลลัพธ์เชิงระบบในระยะสั้นได้ชัดเจน แต่ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาว เช่น ความต่อเนื่องของการใช้งานระบบ หรือผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์

3) การศึกษานี้ยังไม่ได้วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกโดยละเอียด เช่น ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ระดับความดันโลหิต หรืออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อยืนยันผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง

4) การวิเคราะห์ความคุ้มค่ายังเป็นการประเมินจากผลลัพธ์เชิงบริการ เช่น การลดระยะเวลารอคอยและการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ ยังไม่ได้คำนวณต้นทุนโดยตรงหรือผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพอย่างละเอียด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเข้ารับบริการฉุกเฉินหรือการนอนโรงพยาบาล

2) ควรมีการศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพเพื่อประเมินต้นทุนและความคุ้มค่าของระบบ เช่น ต้นทุนการพัฒนาระบบ ต้นทุนการศึกษา ต้นทุนการเดินทางของผู้ป่วย เวลาที่ลดลง และผลตอบแทนต่อระบบบริการสุขภาพ

3) ควรมีการขยายการศึกษาไปยังหลายพื้นที่ เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมของระบบในบริบทที่แตกต่างกัน และพัฒนาเป็นรูปแบบมาตรฐานสำหรับการจัดบริการ NCD แบบเครือข่ายในระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ

4) ควรพัฒนาระบบให้เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ เพื่อสนับสนุนการติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบต่อเนื่องในระดับประชากร และใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพเชิงพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 May 4]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. World Health Organization. Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019.
5. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. จิราพร สุวะมาตย์, สิปป์ธวัฒน์ มณีวรรณ, จเร ศรีมีชัย. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารสุขภาพและการพัฒนา. 2566;11(3):468-79.
7. กรมควบคุมโรค. ระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับจังหวัด. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
8. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44.
9. ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และคณะ. การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพต้นแบบเพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
10. กมลาศ ทองมีสิทธิ์, จิตนภา วาณิชวโรตม์, กฤษณา ตรียมณีรัตน์, นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดปัตตานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2567;16(1).
11. Kruse CS, Krowski N, Rodriguez B, Tran L, Vela J, Brooks M. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. BMJ Open. 2017;7(8):e016242.
12. Shaw T, McGregor D, Brunner M, Keep M, Janssen A, Barnet S. What is eHealth (6)? Development of a conceptual model for eHealth: qualitative study with key informants. J Med Internet Res. 2017;19(10):e324.
13. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Q. 1989;13(3):319-40.
14. Berg M. Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. Int J Med Inform. 1999;55(2):87-101.
15. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4:50.
16. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2018.
17. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: World Health Organization; 2021.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดสิงห์บุรี

Effects of an Educational Program on Illness Perception and Emergency Symptom Management among Individuals at Risk for Stroke at Health-Promoting Hospital, Sing buri Province; Thailand.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

ขนิษฐา วงษ์สด[1] พัชรา สาดตระกลูวัฒนา[2] ผาสุก มั่นคง[3] วรรณา กุลหกูล[4]
Kanitta Wongsod[1] Patchara Sadtragoolwattana[2] Phasuk Mankhong[3] Wanna Kulhakul[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและ การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ดำเนินการศึกษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพกรวม จังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.85–0.89 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired t-test) และสถิติทีแบบกลุ่มอิสระ (independent t-test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย = 92.87, SD = 8.14 เทียบกับ 85.63, SD = 11.92; t(29) = 2.04, p < .05) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ย = 9.64, SD = 1.79 เทียบกับ 7.82, SD = 1.15; t(29)= 2.23, p < .05) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95.28, SD = 10.37 เทียบกับ 83.42, SD = 9.88; t(58) = 3.12, p < .05) และการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง (r = .46, p<.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรู้, การรับรู้การเจ็บป่วย, การจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of an educational program on illness perception and emergency symptom management among individuals at risk for stroke. The study was conducted at the chronic disease clinic of a subdistrict health-promoting hospital in Singburi Province, Thailand, between February and May 2025. Sixty participants were recruited using purposive sampling and randomly assigned to an experimental group (n = 30) or a control group (n = 30). The research instruments included the Stroke Illness Perception Questionnaire and the Emergency Symptom Management Questionnaire for Stroke. Content validity assessed by three experts yielded item–objective congruence (IOC) values ranging from 0.85 to 0.89. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.82 and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and Pearson's product–moment correlation coefficient at a significance level of .05.

1 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม
2 พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร
3 พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร
4 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม

The results showed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher illness perception scores after the intervention than before the intervention (Mean = 92.87, SD = 8.14 vs. Mean = 85.63, SD = 11.92; t(29) = 2.04, p < .05). Emergency symptom management scores also significantly increased after the intervention (Mean = 9.64, SD = 1.79 vs. Mean = 7.82, SD = 1.15; t(29) = 2.23, p < .05). In addition, post-intervention comparisons indicated that the experimental group had significantly higher scores than the control group (t(58) = 3.12, p < .05). Illness perception was moderately and positively correlated with emergency symptom management (r = .46, p < .001).

Keywords: educational program, illness perception, emergency symptom management, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในระยะยาว จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้น ๆ ของโลก โดยในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 93 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 12 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรประมาณ 1 ใน 4 ของโลกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต[1] สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ [2,3]

ในบริบทของจังหวัดสิงห์บุรี พบว่าการเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ภายในระยะเวลาทองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.10 เป็นร้อยละ 72.70 อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับการที่ประชาชนสามารถรับรู้อาการเริ่มต้นของโรคและเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หรือเดินเซ มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก โดยการศึกษาหลายฉบับพบว่าประชาชนจำนวนมากยังไม่สามารถรับรู้อาการเตือนได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพกรวม จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีผู้รับบริการจำนวน 3,604, 3,611 และ 3,644 ราย ตามลำดับ และมีกลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 34.32, 29.30 และ 34.39 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่ยังคงมีภาวะเสี่ยงในสัดส่วนที่สูงและต่อเนื่อง การเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วภายหลังการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบุว่าการรับรู้และตอบสนองต่ออาการเตือนของโรคอย่างรวดเร็ว เช่น อาการหน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง หรือพูดไม่ชัด เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา[4,5]

การรับรู้การเจ็บป่วย (illness perception) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการตัดสินใจในการแสวงหาการรักษาของบุคคล ตามแนวคิดการกำกับตนเองด้านสุขภาพ (self-regulation model) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อการตีความอาการ การประเมินความรุนแรงของโรค และการตัดสินใจในการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเตือนอย่าง

ถูกต้อง จะช่วยให้เกิดการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งช่วยส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน เพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค และส่งเสริมพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการผิดปกติ[7]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประชากรทั่วไป ขณะที่การศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาการรับรู้การเจ็บป่วยร่วมกับความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนั้นจึงยังคงมีช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้การเจ็บป่วยควบคู่กับการพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้

2. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของ Leventhal[8] ได้อธิบายว่าเมื่อเกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาพ หรือ เกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะมีรูปแบบการจัดการตนเองหรือมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลนั้น โดยรวบรวมข้อมูล ที่ได้มาคิดวิเคราะห์ และตีความให้ความหมายการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดเป็นการรับรู้การเจ็บป่วย

ของตนเอง ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลต่อโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการประเมินอาการและการตัดสินใจในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ถูกออกแบบเพื่อพัฒนาการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้อาการ สาเหตุของโรค ระยะเวลา ผลกระทบ และการควบคุมโรค โดยคาดว่าการเพิ่มขึ้นของการรับรู้การเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และนำไปสู่การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1,265 คน โดยกำหนดเกณฑ์ความเสี่ยงตามแนวทาง 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke ของ American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA, 2024) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ (AHA/ASA, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม โดยคัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้:

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ AHA/ASA (2024)
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้
3. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

1. มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือการรับรู้
2. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 สำหรับการทดสอบ independent t-test ซึ่งใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ทำให้มีขนาด กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากนั้นจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยพิจารณาตามลำดับการเข้ารับบริการ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ

โดยผู้วิจัยพยายามควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common Sense Model of Illness Representation) ของ Leventhal[9] เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของโรค อาการเตือนของโรค (เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว ตามหลัก FAST) ความรุนแรงและผลกระทบของโรค แนวทางการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสม การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) รูปแบบการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจำลองสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การสะท้อนคิด(reflection) การซักถามและสรุปเนื้อหา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 45 นาที

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงจำนวน 10 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลา และรูปแบบการดำเนินกิจกรรม และได้นำผลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ครอบคลุมองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ได้แก่ อาการของโรค สาเหตุของโรค ระยะเวลาการดำเนินโรค การควบคุม/การรักษา ผลกระทบของโรค จำนวน 41 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมยิ่งสูงแสดงถึงการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การรอดูอาการ การดูแลตนเอง การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การแสวงหาการรักษา จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–11 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการจัดการอาการที่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.85–0.89 และทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย = 0.82 แบบสอบถามการจัดการอาการฉุกเฉิน = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ ถึง 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง: pre-test)

ดำเนินการในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 08.00–10.00 น. ภายหลังการคัดกรองและตรวจวัดสัญญาณชีพ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง: post-test)

ดำเนินการในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (ระยะห่าง 16 สัปดาห์) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินแก่กลุ่มควบคุม เพื่อประโยชน์ด้านจริยธรรมในการวิจัย

กลุ่มทดลอง (เริ่มตั้งแต่ 2 กุมภาพันธ์ ถึง 25 พฤษภาคม 2568 เวลา 10.00-12.00 น.)

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยดำเนินกิจกรรมในช่วงเวลา 10.00–12.00 น. และเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง: pre-test)

ดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน

2. การอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมสร้างความเข้าใจ

3. การจำลองสถานการณ์ (simulation) ภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจและการจัดการอาการ

4. การสะท้อนคิดและซักถาม (reflection) เพื่อทบทวนความรู้และสร้างความมั่นใจ

ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง: post-test)

ดำเนินการในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 (ระยะเวลา 16 สัปดาห์หลังการทดลอง) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีแบบกลุ่มอิสระ (independent t-test)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product–moment correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยชินวัตร (เลขที่ IRB 2025/41) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลถูกรวบรวมโดยความสมัครใจและเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ผลการ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนผู้หญิง และผู้ชายใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมมีเพศชายจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) เพศหญิงจำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) และกลุ่มทดลองเพศชายจำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) เพศหญิงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62.40 ปี (SD = 8.15) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 62.40 ปี (SD = 8.15) ระดับการศึกษา ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา กลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) กลุ่มทดลอง 20 คน (ร้อยละ 66.7) โรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปจำนวนใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุม จำนวน18 คน (ร้อยละ 60.0) และกลุ่มทดลองจำนวน 19 คน (ร้อยละ 60.3) ประวัติครอบครัวโรคหัวใจ/หลอดเลือดกลุ่มควบคุมมีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) กลุ่มทดลอง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) ประวัติการสูบบุหรี่ทั้ง 2 กลุ่มมีผู้ที่มีประวัติสูบบุหี่เท่ากันคือ 2 คน (ร้อยละ 6.7) สำหรับประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) พบว่าส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับยา

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทุกตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และประวัติการสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันและมีความเหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลของการทดลอง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้วยสถิติทีแบบไม่อิสระ (paired t-test) *(n=30)*

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (n=30)		หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (n=30)		t(29)	p-value	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้การเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	85.63	11.92	92.87	8.14	2.04	.049	0.37
การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง	7.82	1.15	9.64	1.79	2.23	.034	0.41

*$p < 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ (Mean = 92.87, SD = 8.14) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 85.63, SD = 11.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 2.04$, $p = .049$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's d = 0.37) ในทำนองเดียวกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (Mean = 9.64, SD = 1.79) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 7.82, SD = 1.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29)$

= 2.23, p = .034) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's d = 0.41)

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม *(n=60)*

การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม (*n*=30)		กลุ่มทดลอง (*n*=30)		t(58)	p-value	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนทดลอง (pre-test)	82.13	10.94	84.57	11.83	0.82	0.42	.21
หลังทดลอง (post-test)	85.30	9.60	95.20	8.70	4.19	<.001	1.08

*p < 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 84.57, SD = 11.83) และกลุ่มควบคุม (Mean = 82.13, SD = 10.94) โดยไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.82, df = 58, p = .42) และมีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก (Cohen's d = 0.21) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความเท่าเทียมกันก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 95.20, SD = 8.70) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 85.30, SD = 9.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.19, df = 58, p = .001) และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (Cohen's d = 1.08)

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้การเจ็บป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญและมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง

2.3 คะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) *(n=60)*

การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม (*n*=30)		กลุ่มทดลอง (*n*=30)		t(58)	p-value	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนทดลอง (pre-test)	5.78	2.10	6.12	2.40	0.57	0.57	0.15
หลังทดลอง (post-test)	7.83	1.30	9.46	1.72	4.08	.001	1.05

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = 0.57, p = .57) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ใน

ระดับเล็ก (Cohen's d = 0.15) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความสามารถใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = 4.08, p = .001) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's d = 1.05) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้มีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) (*n*=60)

ตัวแปร	r	p-value
การรับรู้การเจ็บป่วย กับ การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง	.46	< .001

P < .001

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .46, p < .001) แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อาการ สาเหตุ ผลกระทบ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่สูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และแนวทางการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการตัดสินใจด้านสุขภาพของบุคคลได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong et al.[9] ที่พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lecouturier et al. [7] ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามารถเพิ่มระดับความรู้และ ความตระหนักเกี่ยวกับโรคในประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dharmasaroja and Uransilp[10] ที่รายงานว่าการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงมี

ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคและการเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที

ประการที่สอง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถจดจำอาการเตือนของโรคและตัดสินใจตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม เช่น การตระหนักถึงอาการตามหลัก FAST (Face, Arm, Speech, Time) และการติดต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้การมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคสามารถช่วยให้บุคคลรับรู้ถึง ความรุนแรงของอาการและตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้อง กับการศึกษาของ Sposito et al.[10] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้หลัก FAST สามารถเพิ่มความสามารถของผู้เข้าร่วมในการระบุอาการของโรคและเพิ่มความตั้งใจในการติดต่อระบบบริการฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนยังพบว่าโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่รายงานว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น การศึกษาบางงานเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพบว่า แม้ว่าความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจะเพิ่มขึ้น แต่พฤติกรรมการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็วอาจยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเชื่อทางวัฒนธรรม และการสนับสนุนจากครอบครัว

ประการสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการเตือนของโรคมากขึ้น จะมีแนวโน้มที่จะสามารถประเมินอาการและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งอาจช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินและการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างทันท่วงที[9]

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้การเจ็บป่วยและพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือในชุมชนอาจช่วยเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว และช่วยลดความสูญเสียจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพยาบาลและบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.1 สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินการรับรู้โรคและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรค

หลอดเลือดสมอง รวมทั้งใช้เป็นคู่มือในการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้โดยพยาบาลวิชาชีพ

1.3 สามารถนำไปพัฒนาเป็นสื่อสุขภาพหรือกิจกรรมอบรมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก FAST

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

สามารถใช้เป็นต้นแบบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการตัดสินใจ ในการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉิน

3. ด้านนโยบายสาธารณสุขระดับพื้นที่

สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาโครงการหรือแผนงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนหรือตำบล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

3. ควรพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในรูปแบบสื่อดิจิทัลหรือระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนเพียงแห่งเดียว ทำให้ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และบริบท
ของพื้นที่อาจแตกต่างจากพื้นที่อื่น จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรในบริบทที่แตกต่างกัน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย อาจทำ
ให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสนใจด้านสุขภาพสูงกว่าประชากรทั่วไป

3. การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์ในระยะสั้นภายหลังการได้รับโปรแกรม จึงยังไม่สามารถสะท้อนผล
ของโปรแกรมในระยะยาวต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างชัดเจน

4. เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง อาจมีข้อจำกัดด้านการควบคุมตัวแปรบกวน

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abady, G. G., ... Murray, C. J. L. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Neurology, 20(10), 795–820. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0

2. Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., ... Tsao, C. W. (2021). Heart disease and stroke statistics—2021 update: A report from the American Heart Association. Circulation, 143(8), e254–e743. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950

3. GBD Stroke Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021. The Lancet Neurology, 22(7), 627–647. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00145-4

4. Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke, 50(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

5. Ospel, J. M., Goyal, M., & Demchuk, A. M. (2020). Time is brain: Stroke emergency response. The Lancet Neurology, 19(2), 110–112. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30360-9

6. Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology & Health, 37(6), 643–669. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1945066
7. Lecouturier, J., Rodgers, H., Murtagh, M. J., White, M., Ford, G. A., & Thomson, R. G. (2020). Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms and emergency response. Stroke, 51(3), 110–118. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027562
8. Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (1996). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), The self-regulation of health and illness behavior (pp. 42–65). Routledge.
9. Zhong, X., Wang, J., He, L., & Xu, R. (2020). Recognition of stroke-related knowledge among community residents and the improvement after intensive health education. BMC Neurology, 20, 373.
10. Sposito, J., Zipf, A., Alhowaymel, F., Almutairi, M. T., & Breda, K. (2018). Community-based stroke recognition education and response: An evidence-based intervention project. Creative Nursing, 24(4), 251–257.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a Mental Health Promotion Model for Elderly in Community Settings, Huai Rat district, Buriram province.

(Received: June 14,2026 ; Revised: June 21,2026 ; Accepted: June 25,2026)

พิมพ์วดี จิรวิกรานต์กุล[1]
Pimwadee Jirawikrankul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 249 คน และผู้สูงอายุ 364 คน สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล 4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน 5) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตใน และ 6) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43 - 49 คะแนน) ($\bar{X}$=48.07, S.D.=1.04) หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ, สุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This action research was aimed to development of a mental health promotion model for elderly in community settings, Huai Rat district, Buriram province. The samples were 3 groups consisted of 1) Network partner of 12 samples, 2) Village Health Volunteers 249 samples and Elderly 249 samples, selected according to predefined criteria. The research was conducted between April 2025 - March 2026. Data were collected from questionnaires, Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15), 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 consisted of 6 key components: 1) Assessment, 2) Elderly Empowerment, 3) Family and Caregiver Development, 4) Community Participation, 5) Mental Health Promotion Activities, and 6) Monitoring, Evaluation, and Continuous improvement. The evaluation results showed after the implementation of the developed model, both knowledge and practices related to mental health promotion for elderly and elderly' mental health scores were significantly higher than pre-development (p-value< 0.001). Post-intervention mental health assessment indicated that the participants achieved mental health levels comparable to those of the general population, with T-GMHA-15 scores ranging from 43 to 49 points.

Keyword : Health Promotion, Mental Health, Elderly

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลห้วยราช

บทนำ

เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขก้าวหน้า ส่งผลให้อัตราการตายและอัตราการเจริญพันธ์ลดลง ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ปี 2566 ประชากรโลกมีผู้สูงอายุ 1.1 พันล้านคน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยจากสภาพโรคหรือสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง อีกทั้งปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ โดยร้อยละ 14.0 ของผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และสมองเสื่อม ส่งผลให้เกิด Disability-Adjusted Life Years: DALYs ร้อยละ 6.8 ของผู้สูงอายุทั่วโลก ปัญหาดังกล่าวสร้างภาระต่อครอบครัวและระบบเศรษฐกิจสังคมในระดับโลก[1] สำหรับประเทศไทยมีผู้ผู้สูงอายุ 12.12 ล้านคน ร้อยละ 18.3 ในขณะที่ประชากรรรวมของประเทศเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลง ร้อยละ 0.18 โดยมีผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.4 ซึ่งการเข้าสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต บทบาทในครอบครัว รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่ลดลง ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ [2] ในปี 2567 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุร้อยละ 23.30 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ ร้อยละ 39.20 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนร้อยละ 11.97[3] ในปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย 33.76 คะแนนผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด [4]

กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ในการพัฒนาความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องนิยามความสุขที่พร้อมจะนำมาปฏิบัติและสามารถวัดในเชิงสัมพันธ์ได้จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งกรมสุขภาพจิตกำหนดนิยามความสุขของผู้สูงอายุในเชิงจิตวิทยาเป็น 5 ด้าน คือ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ[2] การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น ได้แก่ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง การปรับตัวให้ยอมรับจากการสูญเสีย แบบแผนของสังคมที่เปลี่ยนไป การไม่มีงานทำและรายได้ลดลง ซึ่งเป็นต้นเหตุของการไม่มีความสุขในผู้สูงอายุ[5]

จังหวัดบุรีรัมย์จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยปี 2568 ร้อยละ 19.31 เป็นวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 54.07 เป็นวัยสูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 31.37 และเป็นวัยสูงอายุตอนปลาย 14.56[6] ซึ่งผู้สูงอายุมีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่ที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแนวโน้มของประเทศ ร้อยละ 25.74 ของประชากรทั้งอำเภอ[7] ซึ่งส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมีความสำคัญมากขึ้น จากข้อมูลการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต แต่ยังไม่ได้รับการคัดกรองหรือดูแลอย่างครอบคลุม อีกทั้งระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิยังมุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก นอกจากนี้ลักษณะโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอาศัยอยู่ตามลำพังหรือขาดการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต จึงมีความจำเป็นอย่าง

ยิ่งในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอห้วยราช โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1 เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด [8] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 7,073 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ 2) ผู้รับงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล 3) ผู้รับงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ผู้รับงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 6) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ผู้รับงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล ผู้รับงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 249 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามขนาดตัวอย่างแต่ละตำบล

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุ อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 364 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารตอบคำถามได้ด้วยตนเอง เข้าใจคำอธิบายการวิจัย และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

แล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[11] ได้แก่ มีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) ซึ่งเป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[12] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) แหล่งรายได้หลัก โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (4, 3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (50-60 คะแนน) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (42 คะแนน หรือน้อยกว่า

ชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) ใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเด็นคำถามเป็นประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ รายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions) คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนา (Focus Group Discussion Guidelines) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช 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) ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.95 และ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.88 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

1.1 ศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในเบื้องต้นและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนจริง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทะเบียนข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลห้วยราช เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยได้พูดคุยปรึกษาหารือ และชี้แจงกระบวนการวิจัย แก่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลห้วยราช ทราบ และชี้แจ้งให้ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ร่วมวิจัยครั้งนี้ทราบ

1.3 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยราชและสาธารณสุขอำเภอห้วยราช เพื่อติดต่อขอความอนุเคราะห์สถานที่ บุคลากร ข้อมูลการวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

1.4 ติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญงานด้านผู้สูงอายุ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อปรึกษาหารือและขอข้อเสนอแนะในเนื้อหาวิชาการ และการดำเนินการวิจัย ตามความจำเป็น

1.5 ประสานงานกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัยทั้งในส่วนภาครัฐ ท้องถิ่น ท้องที่ และภาคประชาชน

2) ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยมีรายละเอียดมีดังนี้

1.1 การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ โดยศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่จากข้อมูลบริบทชุมชน เอกสาร การสังเกต การสอบถาม และการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน ในประเด็นแบบเดิมของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ว่ามีการดำเนินการอย่างไรบ้าง และสังเคราะห์ปัญหาด้านเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งจะเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผน

1.2 สรุปข้อมูลจากการศึกษาบริบท และการประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบที่เป็นตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับบริบทชุมชน

1.3 ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยในการสนทนากลุ่มและการถกปัญหาจะเป็นช่องทางพิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุด และวางแผนดำเนินการต่างๆ ตามรูปแบบ

1.4 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เป็นแผนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีกลุ่มย่อย (Focus group) แสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ที่ตัวแทนประชาชนและภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาให้เกิดขึ้น วางแผนร่วมกับชุมชนในการนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้จริง โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามการจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 5 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) ในชุมชนโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนแผนปฏิบัติการ ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ และแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น วัดผลความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน และการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบพัฒนาขึ้น สรุปผลการดำเนินการใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นกิจกรรมประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือการขยายผลในชุมชนอื่นๆต่อไป ในขั้นตอนนี้ ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางใน การปรับแผนใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

3) ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย

เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เปรียบเทียบความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้ และระดับการส่งเสริมสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2568 เลขที่ BRO 2025-148 รับรองระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การประเมินสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตด้วยเครื่องมือมาตรฐาน วิเคราะห์ปัญหาความต้องการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องผ่านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. และภาคีเครือข่าย

2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การควบคุมอารมณ์ การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา สร้างสัมพันธภาพทางสังคม

3) การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล เป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของคนในครอบครัวและผู้ดูแลในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน

5) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมเหมาะสมตามศักยภาพ เพื่อสร้างความสุข ลดความเหงา ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง

6) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง เป็นกระบวนการติดตามผลการดำเนินงานและประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยประเมินทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม สุขภาพจิต ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=16.67 S.D.=1.94) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.21 S.D.=0.36) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตเท่ากับคน

ทั่วไป (43 - 49 คะแนน) ($\bar{X}$=48.07, S.D.=1.04) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล 4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน 5) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตใน 6) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ครอบคลุมทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการ บูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในการประเมินสถานการณ์เป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้ทราบสภาพปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชุมชน ศักยภาพผู้สูงอายุและศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล เป็นองค์ประกอบที่มุ่งเสริมสร้างความรู้ทักษะ และความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ทั้งนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุควรดำเนินการอย่างเป็นองค์รวม อาศัยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม ควบคู่กับการส่งเสริมบทบาทและคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี ความสุขในการดำรงชีวิต และการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในชุมชน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอด้วยบุคลากรในครอบครัว การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี และ การสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ[13]

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) การความรู้ ความเข้าใจ และศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการพัฒนามีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ การฝึกทักษะ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับประสบการณ์ตรงและสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติงานจริงในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุ และแนวทางการช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาความเครียดและการจัดการความเครียด การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือการส่งเสริมสุขภาพจิตและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทำให้แกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก[14]

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการ

ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) การส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในด้านการให้คำแนะนำ การติดตามเยี่ยมบ้าน การสร้างขวัญกำลังใจ การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเพิ่มระดับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากเครือข่ายแกนนำชุมชน ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม[15]

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยได้อย่างเหมาะสม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้เข้าสู่ระดับที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลของรูปแบบ “จิตสดใสหัวใจ 4 ดวง” ทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น[16] ทั้งนี้การมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมมาใช้ร่วมกัน รวมทั้งการสร้างความสุข ความอบอุ่นทางใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นวาระสำคัญระดับท้องถิ่น โดยบูรณาการแผนงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนการจัดกิจกรรมกลุ่ม การสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับผู้สูงอายุ และการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

3) ควรมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนผ่านการใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถวางแผนช่วยเหลือและส่งต่อได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับการ

ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างเป็นมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยการเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน เพื่อค้นหารูปแบบหรือกิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับชุมชน

2) ควรมีการศึกษาวิจัยการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายผลลัพธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

3) ควรมีการศึกษาการวิจัยติดตามผลระยะยาว เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความสุขของผู้สูงอายุในระยะยาวหลังเข้าร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต. คู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิสชิ่ง; 2566
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล๊อก; 2564.
5. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติจังหวัดบุรีรัมย์. Pocket book จังหวัดบุรีรัมย์ 2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC): ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร [Internet]. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-subcatalog/ac4eed1bddb23d613074 6d62d 2538fd0
8. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
10. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
12. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: (T-GMHA- 15). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
13. สุราษฎร์ บุญปัญญา. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):506-15.
14. สมบัติ ริยาพันธ์, นิยดา ภู่อนุสาสน์ และ ญาดา ประคองยศ. การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2563;65(2):143-152.
15. พีรสันต์ ปั้นก้อง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):551-561.
16. ชญาน์นันท์ ศรีหาบุตร, วีระพงษ์ เรียบพร, อารยา ศรีสาพันธ์, น้ำทิพย์ รัตนนิมิตร, เกศรา เชิงค้า, สุพัฒชัย ปราบศัตรู และ ณัฏฐนันท์ โปธิ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา. 2566;6(3):32-44

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคม

The development of service deliveries in mini Thanyalak at Naduang hospital: The civil societal perspective.

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 20,2026 ; Accepted: June 26,2026)

ศราวุธ ศรีบุรินทร์[1]
Sarawut Sriburin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์และ พัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2569 เครื่องมือการวิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจและแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน Paired sample t-test และการสรุปประเด็น

ผลการวิจัย: พบเพศชาย ร้อยละ 86.0 อายุเฉลี่ย 34.2 ปี (S.D.=10.67) จบมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 87.3 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.7 ครอบครัวใช้ยาเสพติด ร้อยละ 12.7 ใช้ Meth-Amphetamine ร้อยละ 86.7 ใช้กัญชา ร้อยละ 14.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 91.3 ประเมินV2 อยู่ในกลุ่มสีส้ม ร้อยละ 70.0 ผลการพัฒนารูปแบบมุ่งเน้นการร่วมรักษาโดยครอบครัว ภาคีเครือข่าย นโยบายป้อมยามหมู่บ้าน ตำรวจ ฝ่ายปกครอง ผู้นำ อสม.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ จัดหาทุนประกอบอาชีพให้สามารถดำรงชีพในสังคม ปรับปรุงสภาพแวดล้อมชุมชนทุกมิติไม่ให้เอื้อต่อยาเสพติด จัดตั้งศูนย์ชุมชนบำบัดและฟนฟูสภาพทางสังคม ในระยะยาว

คำสำคัญ: มุมมองประชาสังคม, มินิธัญญารักษ์

Abstract

This study was participatory action research (PAR) aimed to examine the situation of psychiatric and substance use disorder services provided through the Mini Thanyarak and to develop a service delivery model for the Mini Thanyarak at Na Duang Hospital: civil societal perspective. The data were collected from March to June 2026. Research instruments included a data recording form, satisfaction survey and focus group discussion guidelines. The data analysis by descriptive statistic, inferential statistic and thematic analysis.

Results: The findings revealed that 86.0% of participants were male, with a mean age of 34.2 years (S.D.=10.67). Participants completed lower secondary education or below (87.3%), were unemployed (57.3%), and had no income (42.7%). A history of substance use among family members was reported by 12.7% of participants. Methamphetamine use was found in 86.7% of cases, cannabis use in 14.0%, and alcohol consumption in 91.3%. Based on the V2 assessment, 70.0% of participants were classified in the orange-risk group. The developed service model emphasized collaborative care involving families, community networks, village security posts, police officers, community leaders, village health volunteers, and local government organizations. Key interventions included budget support, vocational funding to promote sustainable livelihoods, comprehensive community environmental improvements to reduce drug-related risk factors, and the establishment of community-based treatment and social rehabilitation centers for long-term recovery.

Keywords: Civil Societal Perspective, Mini-thanyarak

[1] พบ. โรงพยาบาลนาด้วง

บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่กำลังทำลายเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทยแม้ว่าภาครัฐจะพยายามป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด โดยพบว่า มีการแพร่ระบาดไปถึงระดับหมู่บ้านชุมชน ซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญของสังคมและแพร่กระจายเข้าไปในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาและเยาวชน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติระบุว่า ร้อยละ 5 ของประชากรโลกช่วงอายุ 15 - 64 ปี เคยใช้ยาเสพติดและในกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดนี้มีร้อยละ 11.6 หรือจำนวน 1 ใน 10 คนที่ใช้ยาเสพติดจนมีปัญหาต่อสุขภาพและสังคม ขณะที่ประเทศไทยพบว่า ประชากรที่ใช้ยาเสพติดมีประชากรที่ใช้ยาเสพติดประมาณ 1.5 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 3 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 11.1 หรือ 1 ใน 10 ที่ใช้ยาเสพติดจนมีปัญหาเรื้อรังจนต้องได้รับการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ยาเสพติดมีผลกระทบต่อสุขภาพที่เห็นได้ชัด คือ ผู้เสพยาเสพติด ติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี รวมไปถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 20 นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดจะพบโรคทางจิตเวชร่วมด้วยถึงร้อยละ 53.1 โดยสิ่งเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือกัญญาชา และแอมเฟตามีน หรือยาบ้า จากการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 คนไทยมีพฤติกรรมใช้ยาเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเกือบสองล้านคน เป็นผู้เสพผู้ติดถึง 450,000 คน มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 200,000 คน ขณะที่ศักยภาพการบำบัดรักษาของประเทศไทย มีจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยยาเสพติด รวมทั่วไประเทศจำนวน 6,703 เตียง และจำนวนเตียงสำหรับการบำบัดรักษาในการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวสำหรับผู้ติดรุนแรง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนประมาณ 1,000 เตียง ซึ่งไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ[1]

มินิธัญญารักษ์ เป็นแนวคิดขยายพื้นที่บริการและเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยยาและสารเสพติดเพื่อลดความแออัดสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในโรงพยาบาลเฉพาะทางซึ่งมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ประกอบกับ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้มีการปรับระบบการบำบัดรักษาจากเดิม คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายนี้ ได้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในระบบต่างๆ ให้กับกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการดูแล ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการดูแลบำบัดรักษา เน้นลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคม ได้อย่างปกติสุข จึงได้นำแนวคิด มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate Care) และระยะยาว (Long term Care) ภายใต้ชื่อ“มินิธัญญารักษ์” และได้พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบ Long term Care ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2564 ณ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร การขยายผล กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ร่วมกับกรมการแพทย์ ได้ขยายผลโครงการดังกล่าวสู่โรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมทั่วประเทศ โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้บุคลากรผู้ผ่านการอบรมสามารถให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติดแบบ Residential care ได้ตามมาตรฐาน ประโยชน์ที่ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ จะได้รับ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง แก้ปัญหาเตียงไม่เพียงพอลดความแออัดในการอยู่บำบัดรักษา ซึ่งเป้าหมายสูงสุดคือการที่ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล

อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามจนสามารถกลับมาประกอบอาชีพโดยสุจริตได้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชนยังมีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การบำบัดรักษาให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดแบบ Residential Care เพิ่มอัตราครองเตียงภาพรวมของโรงพยาบาล รวมถึงเพิ่มค่าความยากง่ายในการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRG) เพิ่มคุณภาพบริการ (Case Mix Index: CMI) ของโรงพยาบาลชุมชนให้มากขึ้นอีกด้วย[2]

จังหวัดเลย ตั้งอยู่บริเวณภาคอีสานตอนบน โดยมีอาณาเขตพื้นที่ทิศเหนือ และหนองบัวลำภู ติดสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศใต้ติดจังหวัดขอนแก่น ทิศตะวันออกติดจังหวัดหนองคาย และตะวันตกติดจังหวัดพิษณุโลกและเพชรบูรณ์ พื้นที่เป็นที่ราบสูงสลับภูเขา มีป่าที่อุดมสมบูรณ์ บริเวณอุทยานแห่งชาติภูหลวงและอุทยานแห่งชาติภูกระดึง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่ว มันสำปะหลัง ช่วงสิบปีหลังมียางพาราเข้ามาเป็นพืชเศรษฐกิจของจังหวัดเลย ประชาชนมีวัฒนธรรมคล้ายคนอีสานทั่วไป อาจแตกต่างบ้างในบางประเด็นและมีวัฒนธรรมคล้ายคนเหนือเช่นกันเพราะพื้นที่บางส่วนติดภาคเหนือของประเทศไทย มีภาษาพูดเฉพาะของคนเมืองเลย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์คล้ายประชาชนในแขวงไชยบุรีและแขวงหลวงพระบางของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทั้งนี้ มีการข้ามไปมาหาสู่กันเป็นบ้านพี่เมืองน้องเหมือนดังอดีตที่ผ่านมา ประชากรของจังหวัดเลยทั้งหมด 641,660 คน แบ่งเป็นชาย 320,861 คน และหญิง 320,799 คน[3]

อำเภอนาด้วง เป็นอำเภอขนาดเล็ก ประชากร 24,289 คน 4 ตำบล 40 หมู่บ้าน ตั้งอยู่ทิศตะวันออกของจังหวัดเลย โดยมีทิศตะวันตกติดอำเภอเมือง ทิศเหนือติดอำเภอปากชม ทิศใต้ติดอำเภอเอราวัณ และทิศตะวันออก ติดอำเภอนาวัง และอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ไร่ยางพารา ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด และไร่อ้อย มีสถิติผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ใช้จำนวน 745 คน ผู้เสพจำนวน 412 คน ผู้ติดยาเสพติดจำนวน 225 คน ผู้ป่วยในมินิธัญรักษ์ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 150 คน เฉลี่ย12-15 คน/เดือน การจัดบริการมินิธัญรักษ์ของโรงพยาบาลนาด้วงประสบปัญหาหลายประการ ทั้งด้านรูปแบบการจัดบริการ ด้านผู้ป่วยยาเสพติด ด้านผู้ให้บริการ และด้านการจัดเก็บรายได้ ประเด็นที่เกี่ยวเนื่องกับข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องและปัญหาอื่นๆ มุมมองหรือความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Civil Soceial Perspective) เป็นสิ่งที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานภาครัฐและภาคประชาชน สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนในระยะยาว หากมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน จะส่งผลอย่างไร จะช่วยให้การดำเนินงาน ช่วยให้สังคมน่าอยู่ยิ่งขึ้น เกื้อกูล เอื้ออาทร แก้ไขปัญหาตรงจุดตรงประเด็น นำมาซึ่งความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นำมาซึ่งคำถาม การพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลมินิธัญรักษ์: มุมมองของภาคประชาสังคมเป็นอย่างไร เมื่อได้รับคำตอบจากการวิจัยนี้ นักวิจัยคาดหมายในการวางยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และแผนการดำเนินงานในภาพรวม เพื่อการบริหารจัดการและการจัดบริการที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ดังนั้นคำถามที่ตามมาคือ สถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในมินิธันญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วงเป็นอย่างไร และการพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคมเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานการดำเนินงานในระบบ “มินิธัญญารักษ์” ด้วยการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยมุ่งเน้นการดูแล ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการดูแลบำบัดรักษา เน้นลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคม ได้อย่างปกติสุข จึงได้นำแนวคิด มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate Care) และระยะยาว (Long term Care) เพิ่มเติมการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลนาด้วง ในบริบทจริง โดยใช้ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และฐานข้อมูลการดำเนินงานบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในปีงบประมาณ 2568 เป็นฐาน เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการ ทดลองใช้และประเมินผลการดำเนินงาน ภายใต้แนวคิด ทฤษฎีองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายใหม่ (FAST Model) - กิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (F : Family) - กิจกรรมทางเลือก (A : Alternative Treatment Activity) - กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (S : Self Help) - กระบวนการชุมชนบำบัด (TC : Therapeutic community)[4]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้ข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดย้อนหลังที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ปีงบประมาณ 2568 จำนวนทั้งสิ้น 150 คน

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ในมุมมองประชาสังคม จำนวน 12 คนประกอบด้วย พระ ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบยาเสพติด รองสารวัตรตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลในมินิธัญญารักษ์ 2 คน แพทย์ (นักวิจัย)

การทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินงานในหมู่บ้านที่ประเมินโดยภาคประชาสังคมว่ามีสภาพปัญหาและแนวทางที่เหมาะสม 1 หมู่บ้าน ผู้ป่วยยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ จำนวน 6 คน

ขอบเขตการวิจัยด้านเนื้อหา การพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ในมุมมองประชาสังคมโดยประยุกต์และขยายผลตาม FAST Model[4]

ขอบเขตการศึกษาด้านระยะเวลาและพื้นที่ มีนาคม- ถึงกรกฎาคม 2569 พื้นที่ อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แบบบันทึกข้อมูลเก็บข้อมูลการจัดบริการฯปีงบประมาณ 2568 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ยกร่างรูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ในมุมมองประชาสังคมโดยประยุกต์และขยายผลตาม FAST Model นำเสนอภาคประชาสังคม โดยใช้คำถามสืบค้น 4 คำถามหลัก นำรูปแบบที่ได้เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้งานจริง เช่น ความถูกต้อง (Accuracy) ความสมบูรณ์ (Completeness) ความง่ายในการใช้งาน (Usability) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ความสมเหตุสมผลทางทฤษฎี (Theoretical Soundness) การเปรียบเทียบกับแบบจำลองอื่น (Benchmarking) ความสามารถในการอธิบาย (Explainability) ทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลเปรียบเทียบผลก่อนและหลังจากใช้รูปแบบใหม่ และสรุป

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (Data Analysis and Interpretation)

การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน (Number) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard Deviation: S.D.) และสถิติอนุมาน ประกอบด้วย Paired Sample t-test ส่วน

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลโดยการตรวจหา คัดเลือกและจัดกลุ่มการสรุปความ การตีความ การทบทวน การให้ความหมายซ้ำ การทวนและสรุปให้ยืนยัน ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ Thematic Analysis แบบหลวมๆ เชื่อมโยง Themes โดยใช้คำถามสืบค้น แนวคำถามการชวนคุย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกในครัวเรือน แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น นำมาอธิบายและเสนอมุมมอง ผ่านประสบการณ์แนวคิดและมุมมอง สรุปเสนอภาคประชาสังคมเดิม เพื่อรวมพิจารณารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม รายกรณี

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ COA No. 04/2025 BCNU REC No.05/2025. ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในการวิเคราะห์สถานการณ์พบรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการในมินิธัญญารักษ์ มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด จำนวน 150 คน เป็นป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 86.0 อายุเฉลี่ย 34.2 ปี (S.D.=10.67) ใช้สิทธิ UC ร้อยละ 98.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 87.3 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.7 ครอบครัวใช้ยาเสพติด ร้อยละ 12.7 ผู้ป่วยใช้ Meth-Amphetamine ร้อยละ 86.7 ใช้กัญชา ร้อยละ 14.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 91.3 ประเมินV2 อยู่ในกลุ่มสีส้ม ร้อยละ 70.0 และสีเหลือง ร้อยละ 29.3 ผลบวกกับคำถาม 2Q ร้อยละ 2 และเมื่อประเมินการใช้ยาเสพติดพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 83.3 และผู้ติด ร้อยละ 9.3

ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลนาด้วง ปีงบประมาณ 2568 1) อัตราครองเตียง (14 เตียง) 68.31 % 2) ค่าใช้จ่ายจริงที่เป็นต้นทุนบริการของโรงพยาบาล 2,938,166 บาท

แบ่งเป็น ค่ายาและเวชภัณฑ์160,250 บาท ค่าห้อง/ค่าอาหาร 1,450,200 บาท ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากร 50,000 บาท ค่าแรงงานรวมทั้งสิ้น 1,096,490 บาท RW 4 7 0 . 7 2 5 2 rw. Adj RW 439.1474 rw. 3) การเรียกเก็บจาก สป.สช.และอื่นๆ

4,145,327 บาท 4) ระดับความเสี่ยงของบุคลากร (1-10) ระดับ 7/10) ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากร (1-10) ระดับ 8/10

การสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบที่นักวิจัยยกร่างไว้ ปรับปรุง เพิ่มเติม

(1) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อสถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลนาด้วง” สถานการณ์มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้น จำนวนผู้เสพผู้ติดเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดเดิมก็ไม่สามารถบำบัดให้สำเร็จหรือเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร ทุกภาคส่วนต้องร่วมด้วยช่วยกันในการดำเนินงาน ลดความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอน และมุ่งเน้นการดูแลหลังการบำบัดแล้วครอบครัว ชุมชนต้องดูแลต่อเนื่อง

(2) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลนาด้วง ที่ดำเนินการอยู่” การจัดบริการมีมาตรฐาน อาจมีความเสี่ยงบางกระบวนงาน ที่ต้องปรับแก้ เช่น แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน การให้ยาแรกรับในมินิธัญญารักษ์ ปัญหาสำคัญคือการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดที่บ้าน โดยครอบครัว ชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน ตำรวจ ฝ่ายปกครองและบุคลากรสาธารณสุข

(3) “ในมุมมองของท่าน ปัญหาอุปสรรคการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลนาด้วง ที่ประสบอยู่คืออะไร” ปัญหาสำคัญในการจัดบริการในมินิธัญญารักษ์ คือผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดแล้ว กลับมารับการรักษาซ้ำ จากภาวการณ์ขาดยา ขาดการดูแลจากครอบครัว กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำจากเหตุผลหลายประการ ทั้งจากการดูแลของครอบครัว ชุมชน และปริมาณยาเสพติดในหมู่บ้านชุมชนที่มีมาก หาง่าย ราคาถูก และหลายคน

ครอบครัวไม่ดูแล หรือไม่มีเวลาดูแล หรือแม้แต่สภาพเกินเยียวยา

(4) “ควรปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานการการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ที่ดำเนินการอยู่อย่างไร” ปัญหาอุปสรรคสำคัญที่กำลังประสบอยู่ 1) อุปสรรคด้านงบประมาณ เฉพาะกรณีฝึกอาชีพยังขาดงบประมาณ 2) อุปสรรคด้านกำลังคน มีอุปสรรคกำลังคนฝ่ายตำรวจและปกครอง รวมทั้งผู้นำชุมชนโดยเฉพาะเวลาเกิดเหตุการณ์ซ้อนเหตุการณ์เพราะจัดกำลังคนเพียงชุดเดียวในแต่ละวัน และขาดงบประมาณ 3) อุปสรรคด้านการจัดบริการในมินิธัญญารักษ์ มีเฉพาะกรณีเกิดเหตุการณ์วุ่นวายผู้ป่วยอาระวาด อัตรากำลังน้อยและเป็นหญิง 4) อุปสรรคด้านยาเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ ยาเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ในการจัดบริการ ไม่ประสบปัญหา ประสบปัญหาเรื่องการจัดอาชีพ ฝึกอาชีพและการดูแลระยะยาวในแหล่งฝึกอาชีพ ควรมีสถานที่เฉพาะในการจัด เช่น วัดป่า หรือสถานที่อื่นใดที่มีลักษณะเฉพาะ 5) การดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน เป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน ไม่มีคนดูแล ไม่มีคนคอยกำกับการกินยา บางคนไม่มีครอบครัว อยู่เพียงลำพัง เพราะครอบครัวหนีหายทั้งหมด ชุมชนให้ความสำคัญน้อย หลายชุมชนไม่ต้องการ เป็นภาระหนักของชุมชน มีแต่สร้างความวุ่นวายในชุมชน ไม่มีประโยชน์ในมุมมองชาวบ้าน คนส่วนใหญ่รังเกียจ 6) โอกาสในการพัฒนาอื่นๆ จัด Family Counseling ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนบำบัด ทำความเข้าใจเฉพาะกรณี รายบุคคล กิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (F : Family) สร้างความเข้าใจแก่ผู้นำชุมชนพัฒนาชุมชนบำบัด (Community-based Treatment) สร้างอาชีพและกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้ผ่านการบำบัด ไม่ตีตรา กระบวนการชุมชนบำบัด (TC : Therapeutic community) พัฒนาระบบ Case Management จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเป็นประจำ ทั้ง ชุมชน ตำรวจ ปกครอง และสาธารณสุข มุ่งเน้นการจัดการเฉพาะราย แก้ปัญหาทีละคน แตกต่างหรือแหมือนกัน ประสาน อปท.จัดข้อบังคับท้องถิ่นเป็นงบประมาณ กรณียาเสพติดในพื้นที่ของตนเอง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพและการดูแลเรื่องการฝึกอาชีพ โดยเสนอตามเกณฑ์ 3,500 บาท/ราย กิจกรรมทางเลือก (A : Alternative Treatment Activity) และกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (S : Self Help) ค้นหาตัวเองเพื่อเลือกฝึกและประกอบอาชีพที่เหมาะสม เช่นช่างยนต์ ช่างไฟฟ้า ช่างตัดผม กิจกรรมอาชีพการเกษตร

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์

(n=30)	ก่อน (Mean/S.D.)	หลัง(Mean/S.D.)	Mean Diff	t	p-value
ความพึงพอใจในมินิธัญญารักษ์	56.70(4.970)	61.93(5.298)	-5.233	-7.538	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังดำเนินการใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนามีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ (t=-7.538)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่เพศชายอยู่ในวัยกลางคนโดยเฉลี่ย อายุเฉลี่ย 34.2 ปี (S.D.=10.67) เป็นประชาชนที่ใช้สิทธิ UC ร้อยละ 98.7 การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 87.3 และที่สำคัญคือเป็นกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.7 มีประวัติครอบครัวใช้ยาเสพติด ร้อยละ 12.7 ผู้ป่วยใช้ Meth-Amphetamine ร้อยละ 86.7 ใช้กัญชา ร้อยละ 14.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 91.3 ประเมินV2 อยู่ในกลุ่ม

สีส้ม ร้อยละ 70.0 และสีเหลือง ร้อยละ 29.3 สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดในภาพของประเทศ ในทุกมิติ โดยข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่ระบบบำบัดรักษาของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม หรือว่างงาน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน และมักเป็นกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำถึงปานกลาง โดยผู้เข้ารับการบำบัดทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 186,104 ราย[5,6] ข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 186,104 คน โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคืออายุมากกว่า 39 ปี (ร้อยละ 30.65) รองลงมาคืออายุ 18–24 ปี (ร้อยละ 17.02) และอายุ 25–29 ปี (ร้อยละ 16.97) ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 51.07) รองลงมาคือว่างงาน (ร้อยละ 17.59) และเกษตรกรรม (ร้อยละ 16.40) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานและอยู่ในกลุ่มอาชีพที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบศักดิ์ พิมานแพง และวรนุช เกราะชูกุล เรื่องผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกวิถีใหม่ โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 75.6 และผู้เสพ ร้อยละ 16.1 และยาเสพติดที่ใช้คือ Methamphetamine เป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 53.92[7]

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชิต มีแสง, อาทิตย ฉัตรชัยรัตนเวช, ปริยกร ชาลีพรม และปพิชญาลักษณ ตันดี โดยพบว่า ประสิทธิภาพในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ในภาพรวมจะต้องเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ทั้งแนวนโยบายป้อมยามหมู่บ้านของผู้ว่าราชการจังหวัดเลย ตำรวจ ปกครอง ผู้นำ อสม.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการเป็นระบบเมื่อบำบัดในมินิธัญญารักษ์ครบถ้วน ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามดูแลที่บ้านโดยครอบครัวและผู้นำชุมชน อสม. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ จัดหาทุนประกอบอาชีพให้สามารถดำรงชีพ อยู่ในสังคม มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมชุมชนทุกมิติไม่ให้เอื้อต่อการกลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก เป็นเสาหลักช่วยแก้ไขปัญหา เป็นแหล่งงบประมาณที่มีความพร้อมและเพียงพอ และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์ชุมชนบำบัดและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ในระยะยาว[8] อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องในบางประเด็นกับการศึกษาของ อังกูร ภัทรากร เรื่อง The Effect of FAST Model for Addiction Patient in Thanyarak Institute พบว่าผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด (Voluntary System) มีโอกาสงดใช้สารเสพติดสำเร็จสูงกว่ากลุ่มบังคับบำบัด 1.56 เท่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ชนิดยา และระยะเวลาเสพ ไม่สัมพันธ์กับผลสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ การติดตามหลังจำหน่าย (Aftercare) เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของ FAST Model ซึ่งกระบวนการหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจามินิธัญญารักษ์ นับเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มข้น เพราะไม่เช่นนั้น กระบวนการรักษาทั้งหมดมีแนวโน้มล้มเหลว ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดเหมือนเดิมและมีสภาพก้าวร้าวรุนแรง เช่นเดิม ดังนั้นจุดแตกหักในการดำเนินงานคือ ครอบครัว หมู่บ้าน/ชุมชน โดยผู้นำ อสม.และภาคีเครือข่าย อปท. ภาคส่วน ตำรวจ ปกครอง สาธารณสุข ช่วยสนับสนุน วัดเป็นส่วนสนับสนุนโดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลด้านจิตใจ และมีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก้าวร้าวรุนแรง 1 รายที่ได้รับการบวชและสามารถกลับตัวเป็นคนดีของสังคม และปัจจุบันยังคงบวชอยู่ คอยช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรม[4] แนวทางการดำเนินงานที่จะนำสู่ความสำเร็จแบบยั่งยืนอีกประการคือมุมมองภาคประชาสังคมช่วยให้เกิดความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัญชัย พรหมสิทธิ์ เรื่อง กลไกความสำเร็จและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา โดยเน้นความจำเป็นในการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากชุมชน

(17%) การมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด (16%) และเครือข่ายสนับสนุนอุตสาหกรรม (15%)[9]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. FAST Model มีความเหมาะสมนำสู่การวิเคราะห์เป็นรายบุคคล รายกรณีในรายครอบครัว เหตุและปัจจัยแตกต่างออกไป ควรมีการวิเคราะห์ผู้ป่วยรายกรณี

2. ชุมชนเข้มแข็งและป้อมยามหมู่บ้าน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ กรณีครอบครัวผู้ป่วยปกติสมบูรณ์ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การวิเคราะห์รายกรณี ช่วยการจัดการได้สะดวก และมีความแตกต่าง การจัดการจึงสะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนหลักการจัดบริการหลัก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนต้องเข้าใจตรงกัน ว่าใครมีบทบาทอย่างไร ในขั้นตอนไหน ในการจัดบริการโดยทั่วไป ส่วนหลังบำบัดจากมินิธัญญารักษ์แล้ว ควรมีการบริหารจัดการเป็นรายกรณี

2. ป้อมยามหมู่บ้าน ครอบครัวเข้มแข็งและชุมชนเข้มแข็ง เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหลังจากผ่านการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ ช่วยลดการเข้ารับบริการซ้ำในอำเภอนาด้วง จังหวัดเลย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการขยายผลการมุ่งเน้น ครอบครัวร่วมรักษา และชุมชนบำบัดให้ครอบคลุมในการจัดบริการในระดับมินิธัญญารักษ์ ความไม่ต่อเนื่องและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ มักเกิดจากเหตุครอบครัว ดังนั้นครอบครัวร่วมรักษาดูแล และชุมชนบำบัด และนโยบายป้อมยามหมู่บ้านเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ

2. มีกิจกรรมทางเลือก อื่นใดหรือกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองในแบบที่ต้องแสวงหาอื่นอีกหรือไม่ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นมากกว่าที่เป็นอยู่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ (Long Term Residential Care). ขอนแก่น. บริษัท เคทีทีเอ็กซ์จำกัด.
2. H focus. (2568). มินิธัญญารักษ์ แนวคิดและการปฏิบัติ. [อินเอร์เน็ต] สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2568 สืบค้นจาก: https://www.hfocus.org/?utm_source=chatgpt.com
3. จังหวัดเลย. (2568). เอกสารแนะนำจังหวัดเลย. [อินเอร์เน็ต] สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2568 สืบค้นจาก: https://ww2.loei.go.th/content/general?utm_source=chatgpt.com.
4. อังกูล พัทรากร. (2557). FAST Model the evolution of rehabilitation for substance addicts inThailan. วารสารวิชาการยาเสพติด. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 มิถุนายน-ธันวาคม.
5. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์ และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2566). 17-30.
6. กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
7. กอบศักดิ์ พิมานแพง และวรนุช เกราะชูกุล. (2567). ผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกวิถีใหม่ โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 34 ฉบับที่ 3. พฤษภาคม-มิถุนายน 2568. 501-508.
8. พิชิต มีแสง, อาทิตย ฉัตรชัยรัตนเวช, ปริยกร ชาลีพรม และปพิชญาลักษณ ตันดี. (2566). ปจจัยแหงความสำเร็จในการบำบัดฟนฟูยาเสพติดโดยการมีสวนรวมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) กรณีศึกษา โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแกไขปญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตรชาติ และ โครงการ 1 ทองถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืนพื้นที่อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ปที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566. 41-55.
9. สัญชัย พรหมสิทธิ์. (2567). กลไกความสำเร็จและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 5. กันยายน-ตุลาคม 2567. 527-546.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

FACTORS RELATED TO ELDERLY HEALTH PROMOTION PRACTICE AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS THUNG KO SUBDISTRICT WIANG CHIANG RUNG DISTRICTCHIANG RAI PROVINCE

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 21,2026 ; Accepted: June 25,2026)

พศิกา จันทร์สมบัติ[1] **ณฐา เมธาบุษยาธร**[2]
Pasika Chansombat[1] Natha Methabutsayathon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.91รองลงมาระดับมากร้อยละ 26.82 และระดับน้อย ร้อยละ 2.27 การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ($r = 0.597$และ $r = 0.484$, $p<0.05$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study was survey research by cross-sectional design aimed at examining Factors Related to Elderly Health Promotion Practice Among Village Health Volunteers Thung Ko Subdistrict, Wiang Chiang Rung District, Chiang Rai Province, the sample group in this study consisted of 220 participants. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

The results showed that overall level of elderly health promotion practices was at a moderate level (70.91%), followed by a high level (26.82%) and a low level (2.27%). Perception of elderly health promotion policies demonstrated a moderate positive correlation with the performance of village health volunteers, while social support showed a weak positive correlation with their performance in promoting elderly health in Thung Ko Subdistrict, Wiang Chiang Rung District, Chiang Rai Province ($r = 0.597$ and $r = 0.484$, $p < 0.05$)

Keywords Elderly Health Promotion Practice, Village Health Volunteers, Perception of Elderly Health Promotion Policies, Social support

[1] ส.ม.(การบริหารงานสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี
[2] ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์) อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ได้มีการ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วน โดยในปี พ.ศ.2562 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.5 และในปี 2563 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ คือมีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ใน ปี 2564 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด คือมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28[1] สถานการณ์นี้ก่อให้เกิดความท้าทายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ติดบ้านหรือติดเตียง ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว ส่งผลกระทบต่องบประมาณสาธารณสุขสูงถึง 15,000 ล้านบาทต่อปี[2] การขับเคลื่อนนโยบายภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 รวมถึงแนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2567 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก มุ่งเน้นการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็น Smart อสม. เชิงรุกยุคดิจิทัล ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม. ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการปฏิบัติงาน รายงานผล และเชื่อมโยงบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ อสม. คือ หัวใจ ของงานสาธารณสุขมูลฐานระดับชุมชนได้รับความไว้วางใจจากประชาชนในฐานะผู้นำด้านสุขภาพ และสะพานเชื่อมระหว่างภาครัฐกับชุมชน โดยมีบทบาทหลักในการส่งเสริมให้ชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จัดการระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง[3] โดยเฉพาะในการรองรับสังคมสูงวัย ปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็นปีสุขภาพผู้สูงวัยไทยโดยกำหนดให้อสม. เป็น หมอคนที่หนึ่ง ขับเคลื่อนการคัดกรอง ส่งเสริม ป้องกันโรค และประสานส่งต่อสู่ หมอคนที่สองและสาม เพื่อบริการไร้รอยต่อ[4] ในบทบาทเฉพาะด้านผู้สูงอายุ มีหน้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ได้แก่การคัดกรองสุขภาพเชิงรุก ดำเนินการประเมินภาวะถดถอย 9 ด้าน เช่น การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร สติปัญญาผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม.เพื่อตรวจพบความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกและวางแผนดูแลเหมาะสม ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการยกระดับสู่ Care Assistant อสม. จึงกลายเป็นกลไกสำคัญและเป็น หัวใจหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขเชิงรุก[5]

สถานการณ์สุขภาพในปัจจุบันก้าวเข้าสู่ความท้าทาย โดยเฉพาะในบริบทของ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จากข้อมูลประชากรจำนวน 6,977 คน พบว่าเป็นผู้สูงอายุสูงถึง 2,130 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 30.53 ซึ่งถือว่าก้าวเข้าสู่ สังคมสูงวัยระดับสุดยอด อย่างชัดเจน ผลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 152 คน และติดเตียง 11 คน แม้ส่วนใหญ่จะยังอยู่ในกลุ่มติดสังคม 1,976 คนและผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.ในภาพรวมที่ไม่ผ่านเกณฑ์[6] สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. ขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนหลายประการ ดังนั้น ในการยกระดับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลทุ่งก่อให้เกิดความยั่งยืน การศึกษาถึงปัจจัยรอบด้านที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. จึงมิใช่เพียงการมองที่ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงการออกแบบระบบสนับสนุนและแรงจูงใจที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับกำลังคนภาคประชาชนในการรองรับวิกฤตสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืนซึ่งปัจจุบันยังขาดการศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตความ

รับผิดชอบโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เพื่อทำความเข้าใจถึงระดับการปฏิบัติงานและระบุปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, พัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนได้อย่างตรงจุด อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และ อสม. พึงพอใจในการทำงานมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อาชีพ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน (วิเชียร มูลจิตร์[7]พิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี[8] วิระดา เสือมาก และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ[9])

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เพื่อทำความเข้าใจถึงระดับการปฏิบัติงานและระบุปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการวางแผนพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนได้อย่างตรงจุด อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้นโยบายส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional design) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ของ Klausmeire (Klausmeire, 1985)[10] และ Gestalt (Gestalt,1920)[11] แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer (Schaefer, 2004)[12] และ House (House, 1981)[13] มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล, การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม และมีตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ การปฏิบัติงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 220 คน[14]

กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ใน ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และปฏิบัติงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel (2010)[15] จากการแทนค่าสูตรของ Daniel, 2010 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คนแต่ป้องกันความคลาดเคลื่อน ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรทั้งหมด 220 คน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี
2. สามารถอ่านออกเขียนได้ เข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบสอบถามได้
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยได้รับการบอกข้อมูลโครงวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

1. ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม
2. ขอถอนตัวในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เจ็บป่วยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและตัวแปรที่กำหนด โดยแบ่งเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานอสม. ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ มีทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้นโยบายส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ของลิเคอร์ท (Likert's Scale) ได้แก่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ของลิเคอร์ท (Likert's Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ของ ลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงตรงโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้

(Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลป่าซาง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำผลการทดลองมาใช้คำนวณเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.837 แบบสอบถามด้านการรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น 0.871 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น 0.757 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น 0.768

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเสนอต่อสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้หลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที ผู้วิจัยและผู้ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โดยหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติเชิงเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max)

3. สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

4. สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้นโยบายส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2569 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2569-0033 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2569-33

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.36 มีอยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี ร้อยละ 37.27 อายุเฉลี่ย

54.61 ปี (SD = 9.321) อายุมากที่สุด 86 ปี อายุน้อยที่สุด 31 ปี สถานภาพ สมรส ร้อยละ 79.55 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.641 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 71.36 รายได้ต่อเดือน มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 28.18 โดยมีรายได้น้อยสุด 1,000 บาท มีรายได้ที่มากสุด 40,000 บาท รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 6,085 บาท ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม.ปฏิบัติงานระหว่าง 11–20 ปี ร้อยละ 31.36 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 18.24 ปี ระยะเวลาน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 50 ปี

2. การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน มีการรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.91 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 21.36 และระดับน้อย ร้อยละ 2.73 ตามลำดับ

3. แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.73 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 35.91 และระดับน้อย ร้อยละ 1.40 ตามลำดับ

4. การปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.91 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 26.82 และระดับน้อย ร้อยละ 2.27 ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย และพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้นโยบายส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($r = 0.597$, p-value < 0.05) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

7. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.484$, p-value < 0.05) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

สรุปและอภิปรายผล

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.91 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 26.82 และระดับน้อย ร้อยละ 2.27 ตามลำดับ สามารถอภิปรายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ เช่น การลดหวาน มัน เค็ม ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีการคัดกรองครบ 9 ด้าน เช่น การมองเห็น การเคี้ยว การเคลื่อนไหว (ADL)มีการประสานงานระบบบริการสุขภาพการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการ (รพ.สต.) อย่างทันท่วงทีในกรณีผู้สูงอายุมีความเสี่ยงหรืออาการผิดปกติ ถือเป็นจุดแข็งของระบบเฝ้าระวังและการส่งต่อ ซึ่งช่วยลดความล่าช้าในการรักษา แต่ยังมีข้อจำกัดในงานที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ เช่น การสื่อสารเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในคัดกรองสุขภาพ การใช้แบบคัดกรอง 2 คำถาม และ 8คำถาม รวมถึงการให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต,การประเมินการได้ยิน สะท้อนว่าเครื่องมือประเมินอาจยังขาดการอบรมเชิงลึกหรือความไม่มั่นใจในการใช้แบบประเมิน และยังสะท้อนปัญหาเชิงระบบ เช่น ภาระงานที่มาก ไม่สามารถเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้ตามตารางเยี่ยมบ้าน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิเชียร มูลจิตร์[7] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรีผลการวิจัยพบว่า ระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในระดับสูง และงานวิจัยของ อัมรา อุบล และณฐา เมธาบุษยาธร[16] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอ ด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรีผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.49

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า

1) เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p-value > 0.05) สามารถอภิปรายได้ว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ[17] ศึกษาเรื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน พบว่า เพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ กับบทบาทของ อสม. (p > 0.05) และงานวิจัยของชลิยา ศิริกาล แจ่มนภา ใขคำ แก้วใจ มาลีลัย และถนอมศักดิ์ บุญสู่[18] ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และงานวิจัยของ ธัญญา สิริธันยสวัสดิ์,นิตยา จันทบุตร และ ใจเพชร นิลบารันต์[19] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การทำงานของ อสม. ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบในงานสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาทั้งด้านสุขภาพ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ดี

2) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการ สามารถอธิบายได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย หากมีจิตใจที่พร้อมและได้รับการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม ดังนั้นอายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลิยา ศิริกาลแจ่มนภา ใขคำ แก้วใจ มาลีลัย และถนอมศักดิ์ บุญสู่[18] ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร มูลจิตร์[7] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัด สุพรรณบุรี จากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 3.2220, p-value= 0.220) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี และวิราสิริร์ วสีวีรสิว์[8] ได้ศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3) สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอภิปรายได้ว่า งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่มีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับเวลาและรูปแบบการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในครอบครัวของอาสาสมัครแต่ละคนได้ อสม. มาทำงานด้วยจิตอาสาที่ไม่มีเงินเดือน โดยมีภาระหน้าที่การงานประจำของครอบครัวตนเองอยู่ก่อนแล้ว แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มาเป็น อสม. มีความพร้อมปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่กระทรวงกำหนดได้ ดังนั้นไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่หรือมีคู่ จะปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่กระทรวงกำหนดได้ไม่แตกต่างกัน ทำให้สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร มูลจิตร์[7] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรายุทธ คชพงศ์[20] การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีสถานภาพต่างกัน มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ทองเรือง[21] สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัยสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติงานสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p-value > 0.05) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อักษรา พรอุตศาสตร์ และวิราสิริร์ วสีวีรสิว์[22] ได้ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำ หมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน ตำบลนาหัวบ่อ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิการในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

4) ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้เป็นทางเดียวกัน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนปฏิบัติตามได้ มีการอบรมและพัฒนาความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ โดยมีหลักสูตรที่ออกแบบมาให้เหมาะสมกับผู้ที่มีพื้นฐานการศึกษาที่หลากหลาย ดังนั้นไม่ว่า อสม. จะมีวุฒิการศึกษาใดจะได้รับการอบรมความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ปฏิบัติงานได้ตามที่กระทรวงกำหนดเป้าหมายหรือเกณฑ์ไว้เหมือนกันทั้งการอบรมแบบกลุ่มและการให้ความรู้รายบุคคลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ก่อนปฏิบัติงานเสมอ ทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญเรือน ชัยนันท์และคณะ[17] ศึกษาเรื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน พบว่าเพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ กับบทบาทของ อสม. (p > 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มนภา ใขคำ และคณะ[23] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มี ความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของชลิยา ศิริกาล แจ่มนภา ใขคำ แก้วใจ มาลีลัย และถนอมศักดิ์ บุญสู่[18] ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม.ในการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

5) อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการสามารถอธิบายได้ว่า อสม. มาทำงานด้วยจิตอาสาแม้จะได้เงินตอบแทน โดยมีภาระหน้าที่การงานประจำของครอบครัวตนเองอยู่ก่อนแล้ว แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มาเป็น อสม. มีความพร้อมปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่กระทรวงกำหนดได้ ทุกกลุ่มอาชีพมีโอกาสในพัฒนาความรู้ ทักษะด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทุกด้านอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นไม่ว่า อสม.จะมีอาชีพใด จะได้รับการอบรมความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ปฏิบัติงานได้ตามที่กระทรวงกำหนดเป้าหมายหรือเกณฑ์ไว้เหมือนกันทั้งการอบรมแบบกลุ่มและการให้ความรู้รายบุคคลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ก่อนปฏิบัติงานเสมอ ทำให้อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร มูลจิตร์[7] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัด

สุพรรณบุรี จากการศึกษาพบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 6.070, p-value = 0.108) ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ แจ่มนภา ใขคำ และคณะ[23] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

6) รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่า ข้อมูลส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 28.18 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันมาก นักประกอบกับการปฏิบัติงานในบทบาท อสม. เป็นการทำงานด้วยจิตอาสาและสมัครใจ ดังนั้นไม่ว่า อสม.จะมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยเท่าใดก็จะปฏิบัติงาน ได้อย่างเท่าเทียมกัน ทำให้รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร มูลจิตร์[7] ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรายุทธ คชพงศ์[20] การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายได้ที่แตกต่างกัน มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปภากร เผ่าเวียงคำ และศรีสุรางค์ เคหะนาค[24] ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(p-value > 0.05) ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย เมธี สุทธศิลป์ และคณะ[25] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า รายได้ต่อเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของอสม.อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี และวิราสิริร์ วสีวีรสิร์[8] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสถิติที่ 0.05

7) ระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีความซับซ้อนมากนักจะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ที่สมัครใหม่ ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะที่พร้อมต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบันเท่าเทียมกับอาสาสมัครที่มีประสบการณ์มายาวนาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงานที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและรับการ

ถ่ายทอดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแจ่มนภา ใขคำ, ชลิยา ศิริกาล, ถนอมศักดิ์ บุญสู่ และแก้วใจ มาลีลัย (2561)[18] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพราะอสม. ได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่บ่อย ๆ ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญในการทำงานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของวิเชียร มูลจิตร์[7] ได้ศึกษาระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของศรายุทธ คชพงศ์[20] การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย เมธี สุทธศิลป์ และคณะ[23] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการส่งเสริมสุขภาพของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมล กานต์ ติ๊บบุญศรี และวิราสิริร์ วสีวีรสิว์[8] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสถิติที่ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้นโยบายส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.597$, p-value < 0.01) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่าการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับรู้ เข้าใจและเข้าถึงข้อมูลนโยบายอย่างต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติงานด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเด็นที่มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด ได้แก่ การมีความรู้ในการแนะนำผู้สูงอายุใน รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำอารมณ์ให้แจ่มใสเป็นอย่างดี และมีความเข้าใจว่าการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงจะช่วยให้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ร่วมกับสามารถอธิบายขั้นตอนการทดสอบการลุกยืนเดิน เพื่อประเมินความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามยังพบว่าอาสาสมัครบางส่วนไม่ทราบว่ามีนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง แสดงให้เห็นว่ายังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลในบางพื้นที่ ขณะที่ประเด็นที่มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด คือ การรับรู้นโยบายหมอ 3 คน เข้าใจวิธีการประเมิน

ความสามารถในการดูแลตัวเองขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ และแนะนำผู้สูงอายุในด้านโภชนาการในการป้องโรคติดต่อเรื้อรังได้สะท้อนว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเห็นคุณค่าของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน จึงส่งผลให้การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Robert L. Katz (1990 อ้างถึงใน อัฏฐะ รัชต์ สวนมาลี, 2554, น. 14-15) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเกิดจากการกลั่นกรองและตีความข้อมูลจากประสบการณ์ ความรู้สึก บทบาทหน้าที่ และบริบททางสังคมของแต่ละบุคคล ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีการตอบสนองต่อข้อมูลแตกต่างกัน ทั้งนี้ การรับรู้นโยบายของ อสม. เกี่ยวข้องกับความเข้าใจต่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน บทบาทของ อสม. ในฐานะหมอคนที่ 1 แนวทางการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการส่งเสริมสุขภาพ 3อ. 2ส. ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสามารถอธิบายผ่านแนวคิด Information Processing Theory ที่มองว่าบุคคลจะรับข้อมูล เข้ารหัส จัดเก็บ และประมวลผลข้อมูลก่อนแสดงออกเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมยังเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อระดับการรับรู้และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การรับรู้นโยบายมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.484$, p-value < 0.05) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้รับการดูแล เป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในชุมชน ช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจความผูกพันในการปฏิบัติงาน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่ต้องการความรู้ ทักษะ และความอดทนเป็นพิเศษ หาก อสม.ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอและเหมาะสม การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงร้อยละ 62.73 ซึ่งกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลและเสริมสร้างแรงสนับสนุนเพิ่มเติม การวิเคราะห์เชิงลึกถึงสาเหตุที่อาสาสมัครบางคนได้รับแรงสนับสนุนน้อยกว่าอาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ครอบครัวของท่านแสดงท่าทีไม่พอใจเมื่อท่านต้องสละเวลาไปทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้ที่ท่านได้รับจากเจ้าหน้าที่นั้นล้าสมัยและไม่สามารถนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุได้ และ ท่านเหนื่อยล้าจากการทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ท่านรับผิดชอบอยู่รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 35.91 ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีที่แสดงว่าอย่างน้อยในพื้นที่มีระบบการสนับสนุนที่ค่อนข้างเข้มแข็งอยู่แล้วบางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ งานวิจัยของของพิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี และวิราสิริร์ วสีวีรสิว์[8] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอัมรา อุบล และณฐา เมธาบุษยาธร[16] ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสถิติ ที่ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยขวัญเรือน ชัยนันท์[17] บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์สูงสุดกับบทบาทของ อสม. ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปภากร เผ่าเวียงคำ และ ศรีสุรางค์ เคหะนาค[24] ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสามชุก จังหวัด สุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงรายระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.91 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ($r = 0.597$และ $r = 0.484$, $p<0.05$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการการปฏิบัติงาน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมการรับรู้นโยบายและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางสำคัญเพื่อส่งผลให้การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

การพัฒนาระบบกลไกการสื่อสารและถ่ายทอดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกที่เข้าได้ถึงง่ายและต่อเนื่อง ผ่านการแปลงนโยบายส่วนกลางให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในระดับพื้นที่ ตลอดจนการผลักดันให้มีมาตรการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมและระบบสวัสดิการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความร่วมมือในระดับชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกในปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เช่น แรงจูงใจ สวัสดิการ หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน และควรขยายรูปแบบการวิจัยไปสู่ การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาอุปสรรค และบริบทเชิงลึกในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น สำหรับคำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง ผู้อำนวยการ รพ.สตและบุคลากรตำบลป่าซางอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซางอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งก่อ ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและสละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว. กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2565
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เอกสารแนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2567. กระทรวงสาธารณสุข; 2567
4. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย 2566: การดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ. กระทรวงสาธารณสุข; 2566
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2567. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC). สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2568, เข้าถึงได้จาก https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
6. กลุ่มงานปฐมภูมิโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2567. โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง;2567
7. วิเชียร มูลจิตร์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 1(1) ; 2564
8. พิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(3) ; 2564.
9. วิระดา เสือมาก, & ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต; 2566.
10. Klausmeier, H. J. (). Educational psychology (5th ed.). Harper & Row; 1985
11. Wertheimer, M. (1920). Laws of organization in perceptual forms. Gestalt Psychology; 1920
12. Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. Journal of Behavioral Medicine, 4(4), 381–401https://doi.org/10.1007/BF00844837
13. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Addison-Wesley; 1920
14. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. https://thaiphc.net; 2567
15. Daniel, W. W. Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences (9th ed.). John Wiley & Sons; 2010.
16. อัมรา อุบล, & ญฐา เมธาบุษยาธร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย, 1(3) ; 2567
17. ขวัญเรือน ชัยนันท์, ลักษณาวดี แดงฉ่ำ, & สุพรรณี ปิ่นหอม. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสหศาสตร์การพัฒนาสังคม, 3(2) ; 2566
18. ชลิยา ศิริกาล,แจ่มนภา ใขคำ , ถนอมศักดิ์ บุญสู่, & แก้วใจ มาลีลัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ; 2561
19. ธัญญา สิริธันยสวัสดิ์, นิตยา จันทบุตร, & ใจเพชร นิลบารันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี; 2562

20. ศรายุทธ คชพงศ์, & ธนัสถา โรจนตระกูล. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์, 6(2), 107–119 ; 2564
21. ประเสริฐ ทองเรือง . สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ;2568
22. อักษรา พรอุตศาสตร์, & วิราสิริ วสีวีรสิว์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน ตำบลนาหัวบ่อ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร;2566
23. แจ่มนภา ใขคำ, นันทวัน กะรัมย์, และ วาสนา พรมรักษา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอ
วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(2), 101–112;2566
24. ปภากร เผ่าเวียงคำ, & ศรีสุรางค์ เคหะนาค. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ; 2564
25. เมธี สุทธศิลป์, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลวังหิน อำเภอเมืองตาก; 2565

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยายเกี่ยวกับความปลอดภัยของโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอระหว่างการตั้งครรภ์ในเวชศาสตร์ความงาม

A Narrative Review of the Safety of Botulinum Toxin Type A During Pregnancy in Aesthetic Medicine

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 20,2026 ; Accepted: June 26,2026)

ณัฐนิชา หาญรัตนกุล[1] ปองศิริ คุณงาม[2]
Natnicha Hanratanakul[1] Pongsiri Koonngam[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ภายหลังการได้รับ BoNT-A ประเมินความเป็นไปได้ทางชีววิทยาของความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับแพทย์ด้านเวชศาสตร์ความงาม โดยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยายจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, Web of Science และ Google Scholar ครอบคลุมรายงานการได้รับ BoNT-A ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และก่อนทราบการตั้งครรภ์

ผลการทบทวนพบว่ามีรายงานการตั้งครรภ์หลายร้อยรายที่มีประวัติได้รับ BoNT-A โดยฐานข้อมูลเฝ้าระวังความปลอดภัยที่มีขนาดใหญ่ที่สุดรายงานการสัมผัสจำนวน 913 ราย หลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่แสดงให้เห็นว่าการได้รับ BoNT-A มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการแท้งบุตร ความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด หรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ คุณสมบัติทางเภสัชวิทยาและเภสัชจลนศาสตร์ของ BoNT-A ยังสนับสนุนความเป็นไปได้ต่ำที่สารดังกล่าวจะก่อให้เกิดพิษต่อทารกในครรภ์ โดยสรุป หลักฐานในปัจจุบันยังไม่พบความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างการได้รับ BoNT-A ของมารดากับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงการใช้ BoNT-A เพื่อวัตถุประสงค์ด้านความงามในระหว่างตั้งครรภ์เมื่อสามารถเลื่อนการรักษาได้ ส่วนกรณีที่มีการได้รับสารโดยไม่ตั้งใจ ควรได้รับการดูแลโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ การสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

คำสำคัญ: โบทูลินัมท็อกซินชนิดเอ, เวชศาสตร์ความงาม, การตั้งครรภ์, ความปลอดภัย, ผลลัพธ์การตั้งครรภ์, การสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ

Abstract

This survey research aimed to review the available evidence regarding maternal and fetal outcomes following BoNT-A exposure during pregnancy, evaluate the biological plausibility of fetal risk, and provide practical recommendations for clinicians practicing aesthetic medicine. A narrative review was conducted using PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar. Relevant publications reporting maternal exposure to BoNT-A during pregnancy or prior to pregnancy recognition were identified and synthesized. Eligible evidence included case reports, case series, retrospective surveys, pharmacovigilance databases, post-marketing safety registries, and review articles.

Results: Several hundred pregnancies exposed to BoNT-A have been reported in the literature, with the largest pharmacovigilance database including 913 documented exposures. Most exposures occurred in women receiving treatment for neurological disorders, whereas evidence related to aesthetic indications remains limited and primarily consists of inadvertent first-trimester exposure. Current evidence does not

[1] Department of Aesthetic Medicine, College of Integrative Medicine, Dhurakij Pundit University, Bangkok 10210, Thailand

[2] Department of Aesthetic Medicine, College of Integrative Medicine, Dhurakij Pundit University, Bangkok 10210, Thailand Corresponding author: Email: pongsiri.k@hotmail.com

demonstrate an increased risk of spontaneous abortion, congenital anomalies, preterm birth, or adverse neonatal outcomes compared with expected background population rates. Furthermore, the pharmacological characteristics of BoNT-A, including its large molecular size, minimal systemic absorption, and lack of confirmed placental transfer in humans, support a low biological plausibility for fetal toxicity.
Keywords: accidental exposure, aesthetic medicine, botulinum toxin type A, cosmetic dermatology, pregnancy, pregnancy outcomes, safety

บทนำ

โบทูลินัมท็อกซินชนิดเอ (Botulinum toxin type A; BoNT-A) ได้กลายเป็นหนึ่งในหัตถการเพื่อความงามแบบไม่ผ่าตัด (minimally invasive procedure) ที่ได้รับความนิยมและมีการใช้มากที่สุดในเวชศาสตร์ความงาม เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดริ้วรอยที่เกิดจากการแสดงสีหน้า (dynamic facial wrinkles) การปรับรูปหน้าและการฟื้นฟูความอ่อนเยาว์ของใบหน้าโดยรวม ทำให้ BoNT-A ยังคงเป็นหนึ่งในหัตถการหลักที่มีบทบาทสำคัญในเวชปฏิบัติด้านความงาม สตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นกลุ่มผู้รับบริการด้านความงามในสัดส่วนที่สูง ส่งผลให้มีโอกาสได้รับ BoNT-A ในช่วงก่อนการตั้งครรภ์หรือในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ได้บ่อยขึ้น[1]

นอกเหนือจากการใช้ในด้านความงามแล้ว BoNT-A ยังถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการรักษาโรคทางการแพทย์หลายชนิด เช่น cervical dystonia, blepharospasm, spasticity และ chronic migraine จึงทำให้มีข้อมูลด้านความปลอดภัยจากการใช้งานสะสมมาเป็นระยะเวลาหลายทศวรรษ อย่างไรก็ตาม หลักฐานส่วนใหญ่ที่มีอยู่ในปัจจุบันมาจากการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการรักษาโรค มากกว่าการใช้ในด้านความงาม ความแตกต่างในด้านขนาดยา ความลึกของการฉีด ตำแหน่งที่ฉีด วัตถุประสงค์ของการรักษา และลักษณะของผู้ป่วย อาจส่งผลต่อการตีความผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย และจำกัดการนำข้อมูลจากการใช้เพื่อการรักษาโรคมาประยุกต์ใช้กับเวชปฏิบัติด้านความงามโดยตรง[1,2]

การได้รับ BoNT-A โดยไม่ตั้งใจในระหว่างตั้งครรภ์เป็นสถานการณ์ที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญทางคลินิกในเวชศาสตร์ความงาม ผู้หญิงจำนวนมากได้รับการฉีดเพื่อความงามก่อนที่จะทราบว่าตนเองกำลังตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรกซึ่งเป็นระยะที่มีการสร้างอวัยวะของตัวอ่อน (embryonic organogenesis) อย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวมักก่อให้เกิดความวิตกกังวลทั้งต่อผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแล เนื่องจากการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลการตั้งครรภ์ การติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ และการสื่อสารความเสี่ยงจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้ข้อมูลหลักฐานที่ยังมีจำกัด ในทางคลินิก แพทย์ด้านความงามมักได้รับคำถามว่าการได้รับ BoNT-A โดยไม่ตั้งใจอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งบุตร ความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด หรือผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ หรือไม่ แม้ว่ารายงานที่มีอยู่ส่วนใหญ่จะพบผลลัพธ์ที่ดีทั้งในมารดาและทารกแรกเกิด แต่ยังคงมีความไม่แน่นอนเนื่องจากจำนวนกรณีที่มีการรายงานในบริบทของการใช้เพื่อความงามยังมีค่อนข้างจำกัด[3,4]

ความกังวลในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้ BoNT-A ระหว่างตั้งครรภ์เกิดจากความเป็นไปได้ที่สารพิษอาจเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตของมารดาและส่งผลต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ซึ่งตัวอ่อนมีความไวต่อสารก่อความพิการแต่กำเนิด (teratogenic insults) มากที่สุด อย่างไรก็ตาม คุณสมบัติทางเภสัชวิทยาหลายประการของ BoNT-A สนับสนุนว่าการได้รับสารของทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย BoNT-A เป็นโปรตีนขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักโมเลกุลประมาณ 150 กิโลดาลตัน (kDa) และอาจมีขนาดใหญ่ถึงประมาณ 900 kDa เมื่ออยู่ร่วมกับโปรตีนประกอบ

(complexing proteins) โมเลกุลที่มีขนาดใหญ่เช่นนี้โดยทั่วไปไม่สามารถผ่านรกได้ง่ายผ่านกลไกการแพร่แบบพาสซีฟ (passive diffusion) นอกจากนี้ BoNT-A ยังออกฤทธิ์เฉพาะที่บริเวณรอยต่อประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular junction) และมีการดูดซึมเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตในระดับต่ำมากหลังการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ[1,5] หลักฐานทางอ้อมเพิ่มเติมมาจากรายงานผู้ป่วยภาวะโบทูลิซึมในมารดาระหว่างตั้งครรภ์ (maternal botulism) ซึ่งแม้จะมีการได้รับสาร botulinum toxin ตามธรรมชาติในระดับที่สูงกว่าการใช้ทางคลินิกอย่างมาก แต่รายงานที่มีการตีพิมพ์ยังไม่พบภาวะ congenital botulism หรือหลักฐานที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการถ่ายทอดสารพิษผ่านรกไปยังทารกในครรภ์[6]

แม้ว่าความสนใจทางคลินิกในประเด็นนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่หลักฐานเกี่ยวกับความปลอดภัยของการได้รับ BoNT-A ระหว่างตั้งครรภ์ยังคงมีจำกัด ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมไม่เอื้อให้สามารถดำเนินการศึกษาวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) ในหญิงตั้งครรภ์ได้ ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ส่วนใหญ่มาจากการศึกษาเชิงสังเกต เช่น รายงานผู้ป่วย (case reports) ชุดผู้ป่วย (case series) การสำรวจย้อนหลัง (retrospective surveys) และฐานข้อมูลความปลอดภัยหลังการวางจำหน่ายยา (post-marketing safety databases) ส่งผลให้คุณภาพของหลักฐานโดยรวมยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำและอาจได้รับผลกระทบจาก reporting bias, publication bias และการติดตามผลที่ไม่สมบูรณ์[2] นอกจากนี้ การศึกษาหลายฉบับยังขาดข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับอายุครรภ์ ณ เวลาที่ได้รับยา เทคนิคการฉีด ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาและผลลัพธ์ (dose–response relationship) รวมถึงผลลัพธ์ด้านพัฒนาการทางระบบประสาทในระยะยาวของบุตร ข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้ยากต่อการสรุปความปลอดภัยได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทของเวชศาสตร์ความงามที่ยังมีข้อมูลเฉพาะด้านค่อนข้างจำกัด[1]

ดังนั้น บทความปริทัศน์เชิงบรรยาย (narrative review) ฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมที่มีอยู่เกี่ยวกับผลลัพธ์ของมารดาและทารกในครรภ์ภายหลังการได้รับ BoNT-A ระหว่างตั้งครรภ์ ประเมินความเป็นไปได้ทางชีววิทยาของความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ เปรียบเทียบหลักฐานที่ได้จากการใช้ BoNT-A เพื่อการรักษาโรคและเพื่อความงาม ตลอดจนเสนอแนะแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้คำปรึกษาและการตัดสินใจทางคลินิกในเวชศาสตร์ความงามอย่างเหมาะสม.

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ภายหลังการได้รับ BoNT-A ประเมินความเป็นไปได้ทางชีววิทยาของความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับแพทย์ด้านเวชศาสตร์ความงาม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหลักฐานที่มีอยู่เกี่ยวกับความปลอดภัยของการได้รับโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอ ในระหว่างตั้งครรภ์ โดยมุ่งเน้นเป็นพิเศษต่อการประยุกต์ใช้ในเวชศาสตร์ความงาม การสืบค้นวรรณกรรมดำเนินการผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Scopus, Web of Science และ Google Scholar ครอบคลุมงานวิจัยที่เผยแพร่จนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 กลยุทธ์การสืบค้นใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ BoNT-A การตั้งครรภ์ และเวชปฏิบัติด้านความงาม ได้แก่

“botulinum toxin type A”,
“BoNT-A”
“onabotulinumtoxinA”
“pregnancy”

"pregnant"
"gestation"
"aesthetic"
"cosmetic"
"dermatology"
"accidental exposure"
และ "unintended exposure"
โดยใช้ตัวดำเนินการแบบบูลีน (Boolean operators; AND/OR) เพื่อเพิ่มความไวของการสืบค้นและเพิ่มโอกาสในการค้นพบวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการทบทวน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบรายการเอกสารอ้างอิงของบทความที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (reference list screening) และดำเนินการติดตามการอ้างอิง (citation tracking) เพื่อค้นหาการศึกษาเพิ่มเติมที่อาจไม่ถูกค้นพบจากการสืบค้นฐานข้อมูลโดยตรง บทความจะได้รับการคัดเลือกหากรายงานการได้รับ BoNT-A ของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ หรือก่อนทราบว่าตั้งครรภ์ และมีข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ หรือทารกแรกเกิด ทั้งการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้านความงามและการรักษาโรคถูกนำมาพิจารณาเพื่อให้เห็นภาพรวมของข้อมูลความปลอดภัยที่มีอยู่ หลักฐานที่นำมาทบทวนประกอบด้วยรายงานผู้ป่วย (case reports) ชุดผู้ป่วย (case series) การสำรวจย้อนหลัง (retrospective surveys) การศึกษาจากฐานข้อมูลทะเบียน (registry studies) ฐานข้อมูลความปลอดภัยหลังการวางจำหน่ายยา (post-marketing safety databases) และบทความปริทัศน์ (review articles) ขณะที่บทความที่มีข้อมูลทางคลินิกไม่เพียงพอ เช่น ไม่ระบุช่วงเวลาของการได้รับยาอย่างชัดเจน หรือไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ จะถูกคัดออกจากการศึกษา

ข้อมูลที่สกัดจากแต่ละการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการศึกษา จำนวนการตั้งครรภ์ที่ได้รับ BoNT-A ข้อบ่งใช้ในการรักษา อายุครรภ์ขณะได้รับยา ขนาดยาที่ใช้ ตำแหน่งการฉีด (หากมีรายงาน) ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารกในครรภ์ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผลลัพธ์ที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความพิการแต่กำเนิด (teratogenic risk assessment) ได้แก่ การแท้งบุตรเอง (spontaneous abortion) ความพิการแต่กำเนิด (congenital anomalies) การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction) ภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด และผลลัพธ์ด้านพัฒนาการระยะยาวของบุตรเมื่อมีการรายงาน

เนื่องจากหลักฐานที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (observational studies) และมีความแตกต่างกันอย่างมากทั้งในด้านรูปแบบการศึกษา ลักษณะประชากร การได้รับสัมผัส และการรายงานผลลัพธ์ จึงไม่สามารถดำเนินการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (quantitative synthesis) ได้ ดังนั้นผลการศึกษาจึงถูกรวบรวมและสังเคราะห์ในลักษณะเชิงพรรณนา (narrative synthesis) โดยจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นด้านชีววิทยาและเภสัชวิทยา ลักษณะการได้รับ BoNT-A เพื่อการรักษาโรคและเพื่อความงาม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารกในครรภ์ ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับการประเมินความเป็นไปได้ทางชีววิทยาของความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ การเปรียบเทียบบริบทของการใช้เพื่อการรักษาและเพื่อความงาม ตลอดจนการวิเคราะห์ผลกระทบเชิงปฏิบัติต่อการให้คำปรึกษาและการตัดสินใจทางคลินิกในเวชศาสตร์ความงาม

ผลการศึกษา

ภาพรวมของหลักฐานที่มีอยู่ (Overview of the Available Evidence)

หลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับการได้รับโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอ (Botulinum toxin type A; BoNT-A) ในระหว่างตั้งครรภ์ยังคงมีจำกัด และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (observational

studies) ยังไม่มีการศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) หรือการศึกษาแบบ prospective controlled studies เนื่องจากข้อจำกัดด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัยในหญิงตั้งครรภ์ วรรณกรรมที่มีอยู่ส่วนใหญ่ประกอบด้วยรายงานผู้ป่วย (case reports) ชุดผู้ป่วย (case series) การสำรวจแพทย์แบบย้อนหลัง (retrospective physician surveys) ฐานข้อมูลเฝ้าระวังความปลอดภัยของยา (pharmacovigilance databases) ฐานข้อมูลความปลอดภัยหลังการวางจำหน่ายยา (post-marketing safety registries) และบทความปริทัศน์ (review articles) [1]

มีรายงานการตั้งครรภ์ที่ได้รับ BoNT-A หลายร้อยรายในวรรณกรรมทางการแพทย์ โดยฐานข้อมูลเฝ้าระวังความปลอดภัยที่มีขนาดใหญ่ที่สุดรายงานการได้รับสัมผัสจำนวน 913 ราย[2] การได้รับ BoNT-A ส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ หรือเกิดขึ้นในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์ที่พบได้จริงในเวชปฏิบัติ เนื่องจากผู้หญิงจำนวนมากได้รับการรักษาก่อนที่จะทราบว่ากำลังตั้งครรภ์ หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ความงามโดยเฉพาะยังมีอยู่อย่างจำกัด และส่วนใหญ่เป็นรายงานการได้รับ BoNT-A โดยไม่ตั้งใจในช่วงไตรมาสแรกภายหลังการฉีดเพื่อความงามบริเวณใบหน้า[3,4]

ความเป็นไปได้ทางชีววิทยาของความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ (Biological Plausibility of Fetal Risk)

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยาหลายประการของ BoNT-A สนับสนุนว่าความเป็นไปได้ในการเกิดพิษต่อทารกในครรภ์มีค่อนข้างต่ำ BoNT-A เป็นโปรตีนขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักโมเลกุลประมาณ 150 กิโลดาลตัน (kDa) และอาจมีขนาดเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 900 kDa เมื่ออยู่ร่วมกับโปรตีนประกอบ (complexing proteins) ซึ่งทำให้การผ่านรกด้วยกลไกการแพร่แบบพาสซีฟ (passive diffusion) เป็นไปได้ยาก[7] นอกจากนี้ BoNT-A ยังออกฤทธิ์เฉพาะที่บริเวณรอยต่อระหว่างเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular junction) และมีการดูดซึมเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตในปริมาณน้อยมากภายหลังการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ[5]

หลักฐานทางอ้อมเพิ่มเติมมาจากรายงานผู้ป่วยภาวะโบทูลิซึมในมารดาระหว่างตั้งครรภ์ (maternal botulism) ซึ่งแม้ว่ามารดาจะได้รับสารพิษในระดับที่สูงกว่าการฉีดเพื่อความงามหรือเพื่อการรักษาหลายเท่า แต่รายงานที่ได้รับการตีพิมพ์ยังไม่พบภาวะโบทูลิซึมแต่กำเนิด (congenital botulism) หรือหลักฐานที่ชัดเจนของการถ่ายทอดสารพิษผ่านรกสู่ทารกในครรภ์[6] โดยสรุป หลักฐานที่มีอยู่สนับสนุนว่าการได้รับสัมผัสของทารกในครรภ์ภายหลังการได้รับ BoNT-A ตามแนวทางการรักษามาตรฐานมีความเป็นไปได้ทางชีววิทยาค่อนข้างต่ำ กลไกทางชีววิทยาที่สนับสนุนความเสี่ยงเชิงทฤษฎีที่ต่ำของการได้รับสารในทารกภายหลังมารดาได้รับ BoNT-A

หลักฐานจากการใช้เพื่อการรักษาโรค (Evidence from Therapeutic Exposure)

หลักฐานส่วนใหญ่เกี่ยวกับความปลอดภัยของ BoNT-A ในระหว่างตั้งครรภ์มาจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคทางระบบประสาท ฐานข้อมูลที่มีความครอบคลุมมากที่สุดคือ Allergan Global Safety Database ซึ่งรายงานการตั้งครรภ์ที่มีการได้รับ onabotulinumtoxinA จำนวน 913 ราย[2] การได้รับยาในส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนการปฏิสนธิหรือในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาสำหรับภาวะ cervical dystonia, spasticity, chronic migraine หรือโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ โดยทั่วไปขนาดยาที่ใช้มักต่ำกว่า 200 ยูนิต แม้ว่าจะมีรายงานการใช้ในขนาดที่สูงกว่านี้เป็นครั้งคราวก็ตาม

จากการศึกษาฐานข้อมูลทะเบียน (registry studies) การสำรวจย้อนหลัง และรายงานชุดผู้ป่วย พบว่าอัตราการแท้งบุตรเอง (spontaneous abortion) ความพิการแต่กำเนิด (congenital

anomalies) และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในทารกแรกเกิด ไม่ได้สูงกว่าค่าอุบัติการณ์พื้นฐานที่คาดหวังในประชากรทั่วไป[2,8] ที่สำคัญ ยังไม่พบรูปแบบเฉพาะของความพิการแต่กำเนิดที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับ BoNT-A อย่างสม่ำเสมอ

มีรายงานหลายฉบับที่กล่าวถึงสตรีซึ่งยังคงได้รับ BoNT-A ตลอดช่วงการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีอาการทางระบบประสาทที่รุนแรง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วย cervical dystonia จำนวน 2 รายได้รับการฉีด BoNT-A ซ้ำระหว่างตั้งครรภ์ และสามารถคลอดทารกที่มีสุขภาพแข็งแรง รวมถึงมีพัฒนาการระยะยาวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (9) ในทำนองเดียวกัน ยังมีรายงานผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีในผู้ป่วยที่ได้รับ BoNT-A ในขนาดสะสมค่อนข้างสูง โดยไม่พบหลักฐานของผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกในครรภ์ (10)

หลักฐานจากการใช้เพื่อความงาม (Evidence from Aesthetic Exposure)

หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ BoNT-A ในเวชศาสตร์ความงามโดยเฉพาะยังมีอยู่อย่างจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการใช้เพื่อการรักษาโรค รายงานที่มีการตีพิมพ์ส่วนใหญ่เป็นกรณีที่ได้รับ BoNT-A โดยไม่ตั้งใจในระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ก่อนที่ผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ กรณีที่มีรายงานโดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับการฉีด BoNT-A ในขนาดต่ำเข้าสู่กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าเพื่อแก้ไขปัญหาด้านความงาม เช่น ริ้วรอยระหว่างคิ้ว (glabellar lines) ริ้วรอยบริเวณหน้าผาก (forehead rhytides) และริ้วรอยรอบดวงตา (periorbital wrinkles)

มีรายงานผู้ป่วยหญิงจำนวน 2 รายที่ได้รับการฉีด BoNT-A เพื่อความงามในช่วงเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ โดยใช้ขนาดยาระหว่าง 54–65 ยูนิต[4] ทั้งสองรายมีการดำเนินของการตั้งครรภ์เป็นปกติ และสามารถคลอดทารกครบกำหนดที่มีสุขภาพแข็งแรงโดยไม่พบความพิการแต่กำเนิด นอกจากนี้ยังไม่พบรูปแบบที่สอดคล้องกันของผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกในครรภ์[3] แม้ว่าจำนวนกรณีการได้รับ BoNT-A เพื่อความงามที่มีการรายงานจะยังมีไม่มาก แต่หลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการแท้งบุตร ความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด ทั้งนี้ การศึกษาสำคัญที่ประเมินผลลัพธ์ของการได้รับ BoNT-A ในมารดาระหว่างตั้งครรภ์และผลการศึกษาหลัก ได้สรุปไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการศึกษาสำคัญที่ประเมินผลของการได้รับโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอ (BoNT-A) ในระหว่างตั้งครรภ์

การศึกษา	รูปแบบการศึกษา	ลักษณะการได้รับ BoNT-A	จำนวน (N)	ผลการศึกษาหลัก
Brin และคณะ, 2023[2]	ฐานข้อมูลความปลอดภัย (Safety Registry)	การใช้เพื่อการรักษาโรค	913	ไม่พบอัตราความพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น
Morgan และคณะ, 2006[8]	การสำรวจแพทย์ (Physician Survey)	การใช้เพื่อการรักษาโรค	16	ส่วนใหญ่มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์เป็นปกติ
Krug และคณะ, 2015[9]	รายงานชุดผู้ป่วย (Case Series)	การใช้เพื่อการรักษาโรค	2	ทารกมีสุขภาพแข็งแรง
Newman และคณะ, 2004[10]	รายงานผู้ป่วย (Case Report)	การใช้เพื่อการรักษาโรค	1	ไม่พบผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกในครรภ์
de Oliveira Monteiro, 2006[4]	รายงานผู้ป่วย (Case Reports)	การใช้เพื่อความงาม	2	ผลลัพธ์การตั้งครรภ์เป็นปกติ
Gulati และคณะ, 2025[1]	การทบทวนวรรณกรรมแบบ Scoping Review	ทั้งการใช้เพื่อการรักษาโรคและความงาม	658 การตั้งครรภ์ที่มีรายงาน	ไม่พบสัญญาณความเสี่ยงด้านความปลอดภัยที่สอดคล้องกัน

ผลลัพธ์ต่อมารดาและทารกในครรภ์ (Maternal and Fetal Outcomes)

ทั้งในการใช้ BoNT-A เพื่อการรักษาโรคและเพื่อความงาม ผลลัพธ์ที่ได้รับการรายงานบ่อยที่สุด ได้แก่ การแท้งบุตรเอง (spontaneous abortion) ความพิการแต่กำเนิด (congenital anomalies) การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) และสถานะสุขภาพของทารกแรกเกิด โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการแท้งบุตรในสตรีที่ได้รับ BoNT-A มีความใกล้เคียงกับอัตราพื้นฐานที่คาดว่าจะพบในประชากรทั่วไป ซึ่งอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10–15[11] ในทำนองเดียวกัน ความชุกของความพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง (major congenital anomalies) ก็ไม่พบว่าสูงกว่าอัตราพื้นฐานประมาณร้อยละ 2–3 ที่รายงานในงานวิจัยระดับประชากร[11]

จนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบรูปแบบเฉพาะของความพิการแต่กำเนิดที่สามารถเชื่อมโยงกับการได้รับ BoNT-A ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ หลักฐานที่มีอยู่ยังไม่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction) คะแนน Apgar ต่ำ หรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในทารกแรกเกิด[1,2] แม้ว่าข้อมูลการติดตามผลด้านพัฒนาการระยะยาวของบุตรจะยังมีจำนวนจำกัด แต่การศึกษาที่มีการติดตามผลโดยทั่วไปพบว่าเด็กที่ได้รับสัมผัส BoNT-A ระหว่างอยู่ในครรภ์มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางระบบประสาทอยู่ในเกณฑ์ปกติ[9]

ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการได้รับ BoNT-A เพื่อการรักษาโรคและเพื่อความงามในระหว่างตั้งครรภ์ สรุปไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบลักษณะการได้รับ BoNT-A เพื่อการรักษาโรคและเพื่อความงามในระหว่างตั้งครรภ์

ลักษณะ	การใช้เพื่อการรักษาโรค	การใช้เพื่อความงาม	เอกสารอ้างอิง
ขนาดยาที่ใช้โดยทั่วไป	100–600 ยูนิต	20–100 ยูนิต	(2,8,10,1)
ความลึกของการฉีด	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อชั้นลึก	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อชั้นตื้นหรือฉีดเข้าชั้นผิวหนัง	(1,4)
ตำแหน่งที่ฉีด	คอ ไหล่ แขนขา กล้ามเนื้อศีรษะ และกล้ามเนื้อมัดใหญ่อื่น ๆ	กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า เช่น glabellar, frontalis และ periorbital regions	(8,9,4)
ลักษณะผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทหรือโรคทางการแพทย์อื่น ๆ	บุคคลสุขภาพดีที่ต้องการแก้ไขปัญหาด้านความงาม	(8,2,1)
รูปแบบการได้รับระหว่างตั้งครรภ์	อาจได้รับการรักษาต่อเนื่องระหว่างตั้งครรภ์เนื่องจากความจำเป็นทางการแพทย์	ส่วนใหญ่เป็นการได้รับโดยไม่ตั้งใจก่อนทราบว่าตั้งครรภ์	(4,3,1)
หลักฐานที่มีอยู่	มีหลักฐานเชิงสังเกตจำนวนมากจากฐานข้อมูลทะเบียน การสำรวจ และรายงานชุดผู้ป่วย	มีหลักฐานจำกัด ส่วนใหญ่เป็นรายงานผู้ป่วยและรายงานชุดผู้ป่วยขนาดเล็ก	(2,1)

หมายเหตุ: *ข้อมูลการได้รับ BoNT-A เพื่อการรักษาโรคส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ขณะที่ข้อมูลจากการใช้เพื่อความงามยังมีจำกัด และส่วนใหญ่เป็นกรณีที่ได้รับยาโดยไม่ตั้งใจในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ดังนั้น การเปรียบเทียบระหว่างทั้งสองกลุ่มควรตีความด้วยความระมัดระวัง*

การสังเคราะห์ภาพรวมของหลักฐาน (Overall Synthesis of the Evidence)

โดยภาพรวม วรรณกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการได้รับโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอ (BoNT-A) ของมารดากับ

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผลการศึกษาที่มีอยู่มีความสอดคล้องกันทั้งในบริบทของการใช้เพื่อการรักษาโรคและเพื่อความงาม และสนับสนุนสมมติฐานว่าความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์น่าจะอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก BoNT-A มีการดูดซึมเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตเพียงเล็กน้อย และมีโอกาสผ่านรกได้ต่ำ[5,7] อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นการศึกษาเชิงสังเกต ซึ่งมีความแตกต่างของการศึกษาในหลายด้าน รวมถึงยังมีข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงต่อเวชศาสตร์ความงามค่อนข้างจำกัด ดังนั้น แม้ว่าผลการศึกษาปัจจุบันจะให้ข้อมูลที่น่าเชื่อมั่นในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถสรุปความปลอดภัยได้อย่างเด็ดขาด[1]

บทสรุป

หลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการได้รับโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอ (BoNT-A) ของมารดาและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การศึกษาที่มีอยู่ไม่พบความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการแท้งบุตรเอง ความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราพื้นฐานที่คาดว่าจะพบในประชากรทั่วไป นอกจากนี้ คุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของ BoNT-A ยังสนับสนุนว่าความเป็นไปได้ทางชีววิทยาของการเกิดพิษต่อทารกในครรภ์อยู่ในระดับต่ำ

อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นการศึกษาเชิงสังเกต และมีข้อจำกัดจากการขาดข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงต่อการใช้ในเวชศาสตร์ความงาม ดังนั้น แม้ว่าข้อมูลในปัจจุบันจะมีแนวโน้มสนับสนุนความปลอดภัย แต่ยังไม่สามารถยืนยันความปลอดภัยได้อย่างสมบูรณ์ การใช้ BoNT-A เพื่อความงามในระหว่างตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงหากไม่มีความจำเป็น ขณะที่กรณีได้รับยาโดยไม่ตั้งใจควรได้รับการดูแลผ่านการให้คำปรึกษาที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การสื่อสารความเสี่ยงอย่างโปร่งใส และกระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (shared decision-making) ทั้งนี้ ยังมีความจำเป็นต้องมีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการได้รับ BoNT-A ระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในบริบทของเวชศาสตร์ความงาม เพื่อสนับสนุนการจัดทำคำแนะนำทางคลินิกที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยายฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหลักฐานที่มีอยู่เกี่ยวกับการได้รับโบทูลินัมท็อกซินชนิดเอ (BoNT-A) ของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ โดยมุ่งเน้นเป็นพิเศษต่อความเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ความงาม โดยภาพรวม วรรณกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการได้รับ BoNT-A และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งในการใช้เพื่อการรักษาโรคและเพื่อความงาม อัตราการแท้งบุตร ความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดที่มีการรายงาน มีแนวโน้มใกล้เคียงกับอัตราพื้นฐานที่คาดว่าจะพบในประชากรทั่วไป นอกจากนี้ ยังไม่พบรูปแบบเฉพาะของความพิการแต่กำเนิดที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับ BoNT-A อย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าหลักฐานส่วนใหญ่จะมาจากการใช้เพื่อการรักษาโรค แต่ข้อมูลที่มีอยู่จากการใช้เพื่อความงามก็มีแนวโน้มสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

การไม่พบสัญญาณความเสี่ยงด้านความปลอดภัยที่ชัดเจนดังกล่าว สามารถอธิบายได้จากคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาหลายประการของ BoNT-A ดังที่กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ BoNT-A เป็นโปรตีนขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักโมเลกุลประมาณ 150 กิโลดาลตัน และอาจอยู่ในรูปของสารประกอบโปรตีนที่มีขนาดใหญ่ถึงประมาณ 900 กิโลดาลตัน ทำให้การผ่านรกด้วยกลไกการแพร่แบบพาสซีฟเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ BoNT-A ยังออกฤทธิ์เฉพาะที่บริเวณรอยต่อระหว่างเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ และมีการดูดซึมเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตเพียงเล็กน้อยหลังการใช้ตามแนวทางมาตรฐานทางคลินิก หลักฐานจากรายงานผู้ป่วย maternal botulism ยังสนับสนุนความเป็นไปได้

ทางชีววิทยาที่ต่ำของความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ โดยไม่พบภาวะ congenital botulism หรือหลักฐานที่น่าเชื่อถือของการส่งผ่านสารพิษผ่านรก แม้ว่ามารดาจะได้รับสารพิษในระดับที่สูงกว่าการรักษาทางความงามอย่างมากก็ตาม[6] อย่างไรก็ตาม ความเป็นไปได้ทางชีววิทยาที่ต่ำไม่ควรถูกตีความว่าเป็นหลักฐานยืนยันความปลอดภัยโดยสมบูรณ์ และหลักฐานในปัจจุบันควรถูกมองว่าเป็นข้อมูลที่ให้ความมั่นใจในระดับหนึ่ง มากกว่าข้อสรุปที่เด็ดขาด

การตีความหลักฐานที่มีอยู่จำเป็นต้องพิจารณาความแตกต่างระหว่างการใช้ BoNT-A เพื่อการรักษาโรคและเพื่อความงามอย่างรอบคอบ การใช้เพื่อการรักษาโรคมักเกี่ยวข้องกับขนาดยาที่สูงกว่า การฉีดเข้ากล้ามเนื้อชั้นลึก การรักษากล้ามเนื้อมัดใหญ่ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่สำคัญ ในทางตรงกันข้าม การใช้เพื่อความงามมักดำเนินการในบุคคลที่มีสุขภาพดี โดยใช้ขนาดยาที่ต่ำกว่าและมีการฉีดเฉพาะบริเวณมากกว่า แม้ว่าการนำข้อมูลจากสองบริบทนี้มาเปรียบเทียบโดยตรงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง แต่การไม่พบผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอในกลุ่มการศึกษาขนาดใหญ่จากการใช้เพื่อการรักษาโรค ช่วยสนับสนุนความเชื่อมั่นทางอ้อมต่อความปลอดภัยของการได้รับ BoNT-A เพื่อความงามในขนาดที่ต่ำกว่าได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม จำนวนกรณีที่รายงานจากการใช้เพื่อความงามยังมีจำกัด ทำให้ยังไม่สามารถสรุปเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่พบได้น้อย ความเสี่ยงเฉพาะในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ หรือความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาและความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน

ในทางปฏิบัติ สถานการณ์ที่พบบ่อยที่สุดในเวชศาสตร์ความงามคือการได้รับ BoNT-A โดยไม่ตั้งใจก่อนทราบว่าตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรก สถานการณ์ดังกล่าวมักสร้างความวิตกกังวลอย่างมากทั้งต่อผู้ป่วยและแพทย์ เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับความพิการแต่กำเนิดและความปลอดภัยของทารกในครรภ์ จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน การได้รับ BoNT-A โดยไม่ตั้งใจเพียงอย่างเดียวไม่ควรถือเป็นข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยแบบรุกล้ำ หรือการเฝ้าระวังทารกในครรภ์เพิ่มเติมนอกเหนือจากการดูแลทางสูติกรรมตามมาตรฐาน แต่ควรให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างสมดุล โดยอธิบายทั้งข้อมูลที่สนับสนุนความปลอดภัยและข้อจำกัดของหลักฐานที่มีอยู่ การตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยยังคงเป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อต้องสื่อสารเกี่ยวกับความไม่แน่นอนและการประเมินความเสี่ยงเฉพาะราย

จุดแข็งประการสำคัญของหลักฐานที่มีอยู่คือความสอดคล้องของผลการศึกษาจากรูปแบบการศึกษาที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นรายงานผู้ป่วย รายงานชุดผู้ป่วย การสำรวจแพทย์ หรือฐานข้อมูลเฝ้าระวังความปลอดภัยขนาดใหญ่ นอกจากนี้ ฐานข้อมูลด้านความปลอดภัยที่ใหญ่ที่สุดยังครอบคลุมการได้รับ BoNT-A มากกว่า 900 ราย[2] ซึ่งถือเป็นข้อมูลด้านความปลอดภัยระหว่างตั้งครรภ์ที่มากกว่าหัตถการด้านความงามหลายประเภท ความสอดคล้องของผลการศึกษาในประชากรและบริบททางคลินิกที่แตกต่างกัน ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นว่าความเป็นพิษรุนแรงต่อทารกในครรภ์จากการใช้ BoNT-A ตามแนวทางมาตรฐานทางคลินิกมีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย

อย่างไรก็ตาม แม้ผลการศึกษาจะมีแนวโน้มสนับสนุนความปลอดภัย แต่ยังคงมีข้อจำกัดที่สำคัญ หลักฐานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสังเกต ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจาก reporting bias, publication bias การติดตามผลที่ไม่สมบูรณ์ และความแตกต่างในการรายงานผลลัพธ์ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับอายุครรภ์ขณะได้รับยา เทคนิคการฉีด ขนาดยาสะสม และผลลัพธ์ระยะยาวของบุตรมักไม่ได้รับการรายงานอย่างครบถ้วน นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่มีรายงานยังเกี่ยวข้องกับการใช้เพื่อการรักษาโรคมากกว่าการใช้เพื่อความงาม ทำให้การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้กับเวชปฏิบัติด้านความงามโดยตรงยังมีข้อจำกัด

โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการทางระบบประสาทระยะยาวของบุตร ซึ่งยังคงเป็นช่องว่างความรู้ที่สำคัญ

การศึกษาในอนาคตควรมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพและความเฉพาะเจาะจงของข้อมูลที่มีอยู่ การรายงานข้อมูลอย่างเป็นมาตรฐานเกี่ยวกับอายุครรภ์ขณะได้รับยา ขนาดยา เทคนิคการฉีด และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ จะช่วยให้สามารถเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างงานวิจัยต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การจัดตั้งฐานข้อมูลทะเบียนการตั้งครรภ์สำหรับหัตถการด้านความงามโดยเฉพาะ อาจช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของ BoNT-A ในสถานการณ์จริงทางคลินิกได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเสี่ยงในแต่ละช่วงอายุครรภ์ ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาและผลลัพธ์ รวมถึงพัฒนาการระยะยาวของบุตร จะมีคุณค่าอย่างมากต่อการพัฒนาองค์ความรู้ในอนาคต จนกว่าจะมีหลักฐานที่มีคุณภาพสูงกว่านี้ การใช้ BoNT-A เพื่อความงามในระหว่างตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงหากไม่มีความจำเป็น ขณะที่กรณีได้รับยาโดยไม่ตั้งใจควรได้รับการดูแลผ่านการให้คำปรึกษาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ การสื่อสารความเสี่ยงเฉพาะราย และกระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำสาขาวิชาเวชศาสตร์ความงาม วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ สำหรับคำแนะนำอันทรงคุณค่า การสนับสนุน และการให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการจัดทำรายงานวิชาการเฉพาะเรื่อง (Thematic Paper) ฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1.Gulati K, Shukla AW, Pandey S.(2025). Is the use of botulinum toxin injection for treating neurological disorders safe during pregnancy and lactation? Toxicon. 2025;108546. [Note: volume/page numbers missing – please complete before submission]

2.Brin MF, Kirby RS, Slavotinek A, Adams AM, Parker L, Ukah A, et al.(2023). Pregnancy outcomes in patients exposed to onabotulinumtoxinA treatment: a cumulative 29-year safety update. Neurology. 2023;101(2):e103-e113. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207375

3.Aranda M, Herranz A, Del Val J, Bellido S, García-Ruiz P.(2012). Botulinum toxin A during pregnancy, still a debate. Eur J Neurol. 2012;19(8):e81-e82. https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2012.03775.x

4.de Oliveira Monteiro E.(2006). Botulinum toxin and pregnancy. SKINmed. 2006;5(6):308. https://doi.org/10.1111/j.1540-9740.2006.05584.x

5.Dressler D.(2004). Botulinum toxin mechanisms of action. Suppl Clin Neurophysiol. 2004;57:159-166. https://doi.org/10.1016/s1567-424x(09)70353-8

6.Badell ML, Rimawi BH, Rao AK, Jamieson DJ, Rasmussen S, Meaney-Delman D.(2018). Botulism during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. Clin Infect Dis. 2018;66(Suppl 1):S30-S37.

7.Tang M, Zhang X, Fei W, Xin Y, Zhang M, Yao Y, et al.(2023). Advance in placenta drug delivery: concern for placenta-originated disease therapy. Drug Deliv. 2023;30(1):2184315. https://doi.org/10.1080/10717544.2023.2184315

8.Morgan JC, Iyer S, Moser E, Singer C, Sethi KD.(2006). Botulinum toxin A during pregnancy: a survey of treating physicians. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77(1):117-119. https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.063792

9.Krug H, Krause P, Kupsch A, Kühn AA.(2015). Safe administration of botulinum toxin type A injections during pregnancy: a report of two cases. Mov Disord Clin Pract. 2015;2(2):187-189. https://doi.org/10.1002/mdc3.12135

10.Newman WJ, Davis TL, Padaliya BB, Covington CD, Gill CE, Abramovitch AI, et al.(2004). Botulinum toxin type A therapy during pregnancy. Mov Disord. 2004;19(11):1384-1385. https://doi.org/10.1002/mds.20205

11.Schaefer C, Peters PW, Miller RK.(2014). Drugs during pregnancy and lactation: treatment options and risk assessment. Academic Press; 2014.

การคัดกรองการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Screening for falls in the elderly within the service area of Non Farang Sub-district Health Promotion Hospital, Hua Thale Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 21,2026 ; Accepted: June 26,2026)

สุกัญญา รังษี[1] เยี่ยม คงเรืองราช[2] อภิชาติ เจริญยุทธ[3]
Sukanya Rangsee[1], Yiam Khongruangrat[2] Apichat Charoenyut[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) คัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) ศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และ 3) ศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 271 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) และแบบประเมินความสามารถในการทรงตัว Timed Up and Go Test (TUGT) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 32.5 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามเกณฑ์ Thai-FRAT และร้อยละ 40.2 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการประเมิน TUGT ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ การมองเห็นบกพร่อง ร้อยละ 70.5 การใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 40.6 การมีประวัติหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 7.8 และสภาพบ้านที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยง ร้อยละ 33.2 นอกจากนี้ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะบ้านและบริเวณโดยรอบ โรคประจำตัว การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การคัดกรองความเสี่ยง, การพลัดตกหกล้ม

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to: 1) screen fall risk, 2) assess the level of fall risk, and 3) examine health and environmental factors associated with fall risk among older adults in the service area of Non Farang Health Promoting Hospital, Hua Thale Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. The sample consisted of 271 older adults. Data were collected using a demographic questionnaire, the Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT), and the Timed Up and Go Test (TUGT). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Associations between variables were examined using the Chi-square test.

The results showed that 32.5% of the participants were at risk of falls according to the Thai-FRAT, while 40.2% were identified as being at risk based on the TUGT assessment. Major risk factors included visual impairment (70.5%), use of medications associated with fall risk (40.6%), a history of falls within the previous six months (7.8%), and hazardous home environments (33.2%). In addition, sex, age, marital status,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง
[2] อาจารย์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา Corresponding Author: Yiam Khongruangrat E-mail address: Yiam.K@nrru.ac.th
[3] นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง

educational level, occupation, housing characteristics, underlying diseases, medication use, smoking, and alcohol consumption were significantly associated with fall risk ($p < .001$).

Keywords: Elderly, Risk screening, Falls

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างกว้างขวาง รายงาน World Population Ageing 2020 Highlights ขององค์การสหประชาชาติระบุว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกประมาณ 727 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 หรือคิดเป็นสัดส่วนเพิ่มจากร้อยละ 9.3 เป็นร้อยละ 16.0 ของประชากรโลกทั้งหมด การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลให้หลายประเทศต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง ความพิการ และความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1]

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (Aged Society) และมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged Society) ในอนาคตอันใกล้ ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุมีความสำคัญเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายร่วมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และพฤติกรรมสุขภาพ หนึ่งในปัญหาที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบอย่างรุนแรงคือการพลัดตกหกล้ม ซึ่งนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก[2]

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียการทรงตัวหรือการเปลี่ยนแปลงระดับของร่างกายโดยไม่ตั้งใจ ส่งผลให้ร่างกายสัมผัสพื้นหรือสิ่งรองรับในระดับต่ำกว่าเดิม โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มทั่วโลกมากกว่า 684,000 รายต่อปี และผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บรุนแรงจากการหกล้ม การหกล้มไม่เพียงก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางกาย เช่น กระดูกหัก การบาดเจ็บของศีรษะ ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย[3] จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พบว่าการพลัดตกหกล้มเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) ในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ[4] ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมักเกิดความกลัวการหกล้มซ้ำ (Fear of Falling) ส่งผลให้ลดการเคลื่อนไหว ลดการทำกิจกรรมทางกาย และหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ซึ่งนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง การพึ่งพาผู้อื่น ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ[5] การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น โรคประจำตัว ภาวะการมองเห็นผิดปกติ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความบกพร่องด้านการทรงตัว การใช้ยาหลายชนิด และภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่ปลอดภัย พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ สิ่งกีดขวางทางเดิน และการขาดอุปกรณ์ช่วยพยุงที่เหมาะสม ดังนั้น การป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลและจัดบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม[6]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 13.64 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 19.16 ในปี พ.ศ. 2565 สอดคล้องกับ

แนวโน้มการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศ ขณะเดียวกันสถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มจำนวน 1,592 ราย หรือ 380 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มเป็น 16,382 ราย หรือ 3,415.39 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาและความจำเป็นในการดำเนินมาตรการป้องกันอย่างเป็นระบบ[7] ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health Dashboard) พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 3,387 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่[8] การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุย่อมส่งผลให้ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังมีจำกัด ทำให้การวางแผนดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหายังไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ[8]

ด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง จึงดำเนินการศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อประเมินสถานการณ์สุขภาพ ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชน อันจะนำไปสู่การลดอัตราการหกล้ม การคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน การศึกษาครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับแนวคิดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งอธิบายว่าการเกิดการพลัดตกหกล้มเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic Factors) และปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic Factors) โดยปัจจัยภายในบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว ภาวะการมองเห็น การได้ยิน ภาวะการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การใช้ยาหลายขนาน และภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคลประกอบด้วยสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดการพลัดตกหกล้มเป็นตัวแปรผลลัพธ์สำคัญของการศึกษา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้กำหนดแนวทางการคัดกรอง ป้องกัน และจัดการความเสี่ยงการหกล้มให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study) เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai FRAT)[9] ร่วมกับการประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test (TUGT)[10] และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป สถานการณ์ และระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 2,502 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ซึ่งได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและมีข้อมูลสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 271 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่สอดคล้องกับการประเมิน Thai FRAT และ TUGT

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงกันยายน พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้สูงอายุที่มีข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มไม่ครบถ้วน ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ หรือมีการบันทึกข้อมูลซ้ำในฐานข้อมูล จะถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมโดยรอบ โรคประจำตัว การใช้ยาเป็นประจำ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai Falls Risk Assessment Test: Thai-FRAT) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2562)[11] ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ เพศ การมองเห็น การทรงตัว การใช้ยา ประวัติการหกล้ม และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0–11 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม (0–3 คะแนน) และเสี่ยงต่อการหกล้ม (4–11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว Timed Up and Go Test (TUGT) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพทางกายด้านการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว[10] โดยให้ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้ที่มีที่วางแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัว เดินกลับมายังจุดเริ่มต้น และนั่งลงบนเก้าอี้ตัวเดิม พร้อมจับเวลาตลอดการทดสอบ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ[9] โดยผู้สูงอายุที่ใช้เวลามากกว่า 12 วินาที หรือไม่สามารถปฏิบัติการทดสอบได้ จัดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai Falls Risk Assessment Test: Thai-FRAT) และแบบประเมินความสามารถในการทรงตัว Timed Up and Go Test (TUGT) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาและรับรองโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพและถูกนำไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายในหน่วยบริการสุขภาพ จึงนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาของเครื่องมือ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัยได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

1. ดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่งเพื่อวางแผนการดำเนินงานในพื้นที่ศึกษา

2. คัดเลือกและแต่งตั้งผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

3. จัดประชุมชี้แจงและอบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้เครื่องมือวิจัย การคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และแนวทางการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

4. ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพ

5. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

6. ดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) และ Timed Up and Go Test (TUGT) ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาทีต่อราย

7. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวันก่อนนำข้อมูลไปบันทึกและวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ และผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์ใดๆ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัย ประกอบด้วย หลักการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for Persons) หลักคุณประโยชน์และการไม่ก่ออันตราย (Beneficence and Non-maleficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างมีจริยธรรมและคำนึงถึงสิทธิศักดิ์ศรี และสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 271 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 อยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60–69 ปี ร้อยละ 45.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.1 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.1 และยังประกอบอาชีพอยู่ ร้อยละ 60.9 ด้านลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่มีสภาพบ้านและบริเวณโดยรอบไม่เป็นระเบียบ ร้อยละ 64.6 สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.4 และมีการใช้ยาเป็นประจำ โดยรับประทานยา 2 ชนิด ร้อยละ 40.6 รับประทานยา 3 ชนิด ร้อยละ 29.9 และรับประทานยามากกว่า 3 ชนิด ร้อยละ 19.2 นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.8 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 59.8

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วยแบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 มีการมองเห็นบกพร่อง ร้อยละ 70.5 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด รองลงมาคือ มีการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 41.7 และมีการใช้ยาที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มหรือใช้ยาตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 40.6 ขณะที่มีสภาพบ้านที่อยู่อาศัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 33.2 และมีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 7.8

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามเกณฑ์การประเมิน Thai-FRAT พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 อยู่ในกลุ่มไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (0–3 คะแนน) ขณะที่จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (4–11 คะแนน) สะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง แต่ยังมีผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสามที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ซึ่งควรได้รับการเฝ้าระวัง การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมมาตรการป้องกันการหกล้มอย่างเหมาะสม เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุจำนวน 271 คน โดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (0–3 คะแนน) ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (4–11 คะแนน) ผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม แต่ยังมีผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสามที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงและควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การ

ส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และการติดตามผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดโอกาสการเกิดการพลัดตกหกล้มและผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

ผลการประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุด้วยแบบทดสอบ Timed Up and Go Test (TUGT) จำนวน 271 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 59.8 สามารถทำแบบทดสอบได้โดยใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความสามารถในการทรงตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติและมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต่ำ อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบมากกว่า 12 วินาที และผู้สูงอายุจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 ไม่สามารถทำการทดสอบได้ เมื่อรวมทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 40.2 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อันสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว และสมรรถภาพทางกายที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผลการประเมินดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังคงมีความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่ยังมีผู้สูงอายุประมาณสองในห้าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากความบกพร่องด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย การฝึกการทรงตัว และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

1. การคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ร้อยละ 32.5 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากการประเมินด้วยแบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT)[9] และร้อยละ 40.2 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากการประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test (TUGT)[10] สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้ม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การดำรงชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตในระยะยาว ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามวัย ส่งผลให้สมรรถภาพของระบบประสาทกล้ามเนื้อ และการทรงตัวลดลง สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ที่ระบุว่าการคัดกรองความเสี่ยงอย่างเป็นระบบช่วยให้สามารถค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงและวางแผนป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11]

2. ระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการประเมินระดับความเสี่ยงด้วยแบบประเมิน Thai-FRAT[9] พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 67.5 อยู่ในกลุ่มไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ขณะที่ร้อยละ 32.5 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของการประเมิน พบว่าผู้สูงอายุมีการมองเห็นบกพร่องร้อยละ 70.5 มีการทรงตัวบกพร่องร้อยละ 41.7 มีการใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 40.6 และมีสภาพบ้านที่อยู่อาศัยเสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 33.2 ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกายและการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาของ Cuevas-Trisan[12] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัญหาการทรงตัวกับความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าความบกพร่องด้านการมองเห็น การทรงตัว และการเคลื่อนไหว เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ[12] และสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการหกล้มระดับโลกที่ระบุว่าความสามารถในการทรงตัวและการ

เดินเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ[13]

นอกจากนี้ ผลการประเมินด้วย TUGT[10] พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 32.1 ใช้เวลาเดินมากกว่า 12 วินาที และร้อยละ 8.1 ไม่สามารถทำการทดสอบได้ รวมคิดเป็นร้อยละ 40.2 ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งสะท้อนถึงความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการเคลื่อนไหวตามวัย อันเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและภาวะพึ่งพิงในอนาคต[14]

3. ปัจจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะบ้านและบริเวณโดยรอบ โรคประจำตัว การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจอธิบายได้จากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อและความหนาแน่นของกระดูกภายหลังวัยหมดประจำเดือน ส่งผลให้ความแข็งแรงของร่างกายและความสามารถในการทรงตัวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญนาดา โสภา[15] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน[15]

อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม เนื่องจากการเสื่อมของระบบประสาท การมองเห็น ระบบกล้ามเนื้อ และระบบการทรงตัว ส่งผลให้การควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิพา ศรีช้าง และคณะ[16] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องระบาดวิทยาผู้สูงอายุบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีแนวโน้มเกิดการหกล้มสูงกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า[16]

โรคประจำตัวและการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างชัดเจน โดยผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว รวมทั้งอาจมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนแรง หรือสูญเสียการทรงตัว ขณะที่การใช้ยาหลายชนิด โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ยาลดความดันโลหิต และยาขับปัสสาวะ อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Khezrian และคณะ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการทบทวนภาพรวมเกี่ยวกับความชุก ปัจจัยที่มีอิทธิพล และผลกระทบต่อสุขภาพจากภาวะการใช้ยาหลายชนิด พบว่าการใช้ยาหลายชนิดมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ[17] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐณิชา ธัญญาดี และคณะ (2565)[5] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง พบว่าการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้มเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่รับบริการในระบบปฐมภูมิ[5]

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าลักษณะบ้านและบริเวณโดยรอบมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยสภาพบ้านที่ไม่ปลอดภัย เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ หรือมีสิ่งกีดขวางภายในบ้าน สามารถเพิ่มโอกาสเกิดการหกล้มได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาของ Phelan และคณะ[18] ที่เสนอว่าการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านเป็นมาตรการสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. ควรดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) ร่วมกับการประเมินความสามารถใน

การทรงตัว (Timed Up and Go Test: TUGT) ในระดับชุมชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและวางแผนการดูแลป้องกันได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

2. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่ใช้ยาหลายชนิด และผู้ที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นหรือการทรงตัว เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

3. ควรส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกการทรงตัว และกิจกรรมกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน

4. ควรมีการทบทวนและติดตามการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ยาหลายชนิดหรือยาที่อาจส่งผลต่อระบบประสาทและการทรงตัว พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในชุมชนควรร่วมกันปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับ การเพิ่มแสงสว่าง การจัดระเบียบพื้นที่ และการลดสิ่งกีดขวาง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน หรือโปรแกรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล

2. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในมิติอื่นเพิ่มเติม เช่น ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการหกล้ม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สามารถอธิบายความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมทั้งเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยสู่ประชากรผู้สูงอายุในวงกว้าง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้เท่านั้น ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน

2. ข้อมูลบางส่วนได้มาจากการสัมภาษณ์และการรายงานของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการจดจำข้อมูลย้อนหลัง (Recall Bias) โดยเฉพาะประวัติการหกล้มและข้อมูลการใช้ยา

3. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่งเพียงแห่งเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังผู้สูงอายุในพื้นที่หรือบริบทอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.(2020). World Population Ageing 2020 Highlights: Living Arrangements of Older Persons. New York: United Nations; 2020.

2.World Health Organization.(2021). Falls [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2026 Mar 13]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls

3.World Health Organization.(2024). Falls. Geneva: WHO; 2024.

4.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.

5.ณัฐณิชา ธัญญาดี, ธาตรี โบสิทธิพิเชฏฐ์, ธนกมณ ลีศรี.(2565). การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):236-50.

6.Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM.(2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. Maturitas. 2013;75(1):51-61.

7.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.(2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2567. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2567.

8.กรมอนามัย.(2563). ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health Dashboard). นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563.

9.Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, et al.(2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. Journal of the Medical Association of Thailand 2008, 91(12), 1823-832.

10.Podsiadlo D, Richardson S.(1991). The timed 'Up and Go': a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39:142-8.

11.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2562.

12.Cuevas-Trisan R.(2021). Balance problems and fall risks in the elderly. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2021;32(2):205-20.

13.Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al.(2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults. Age Ageing. 2022;51(9):afac205.

14.World Health Organization.(2017). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017.

15.บุญนาดา โสภา.(2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(2):76-89.

16.นิพา ศรีช้าง, สุรกิตต์ สิงธิมาศ, ภัทรภร เลิศจิราการ, ศุภวิชญ์ หอมหวล, กฤศ เรียงไธสง.(2567). ระบาดวิทยาผู้สูงอายุบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 9. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(3):46-56.

17.Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK.(2020). An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. Ther Adv Drug Saf. 2020;11:1-10.

18.Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, Stevens JA.(2021). Assessment and management of fall risk in primary care settings. Med Clin North Am. 2021;105(2):251-67.

ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of Applying the Health Belief Model Combined with Social Support on Modifying Liver Fluke Prevention Behaviors among Residents of Huai Tai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province.

(Received: June 16,2026 ; Revised: June 21,2026 ; Accepted: June 26,2026)

วีรวัฒน์ รัศมี[1]
Weerawat Rassamee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนตำบลโสน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติจากกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2569 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2569 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม โรคพยาธิใบไม้ในตับ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of applying the Health Belief Model combined with social support on modifying liver fluke disease prevention behaviors among people in Huai Tai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. The sample consisted of 60 participants divided equally into two groups of 30 each. The experimental group comprised residents of Huai Tai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province, while the comparison group comprised residents of Sano Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. The experimental group received a program based on the application of the Health Belief Model together with social support to modify liver fluke disease prevention behaviors, whereas the comparison group received the routine program provided by the Ministry of Public Health for a period of 12 weeks. Data were collected twice, before and after the intervention, between January 15, 2026 and April 15, 2026, using questionnaires. Differences in mean scores within the experimental and comparison groups were analyzed using paired t-test, while differences between groups were analyzed using independent t-test. Statistical significance was set at the 0.05 level.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

The findings revealed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores than before the intervention and significantly higher than the comparison group in attitudes toward liver fluke disease prevention, perceived susceptibility to liver fluke disease, perceived severity of liver fluke disease, perceived benefits of liver fluke disease prevention, perceived barriers to liver fluke disease prevention, social support for liver fluke disease prevention, and liver fluke disease prevention behaviors ($p < .05$).

Keywords: Health Belief Model, Social Support, Behavior, Liver Fluke Disease

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ในตับ (opisthorchiasis) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในประเทศลุ่มน้ำโขง ซึ่งองค์การอนามัยโลกระบุว่ามีประชากรหลายล้านคนทั่วโลกที่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ และประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีภาระโรคในระดับสูง โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[1] ทั้งนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่ายังพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แม้ความชุกโดยรวมจะมีแนวโน้มลดลงจากการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง แต่พฤติกรรมเสี่ยงยังคงพบอย่างแพร่หลายในบางชุมชน โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ และพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะ[2] โรคพยาธิใบไม้ตับก่อให้เกิดผลกระทบในหลายระดับ ตั้งแต่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงสังคมและประเทศชาติ โดยในระดับบุคคล ผู้ที่มีพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ Opisthorchis viverrini ซึ่งอาจนำไปสู่การอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี ภาวะตับแข็ง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง[1,3] สำหรับผู้ป่วยโรคดังกล่าวส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง คุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียความสามารถในการทำงาน และต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ครอบครัวได้รับผลกระทบจากภาระการดูแลผู้ป่วย การสูญเสียรายได้ และความเครียดทางจิตใจ ในระดับชุมชน การคงอยู่ของพฤติกรรมเสี่ยงและการขาดสุขาภิบาลที่เหมาะสม เช่น การถ่ายอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะ เอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อและทำให้ปัญหาโรคดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[2] ในระดับสังคมและประเทศชาติ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสร้างภาระต่อระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียกำลังแรงงาน และการชะลอการพัฒนาทางเศรษฐกิจของพื้นที่เสี่ยง ทำให้การควบคุมและป้องกันโรคดังกล่าวไม่เพียงเป็นประเด็นด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นประเด็นเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านสุขภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ ลดอุปสรรค และเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง งานวิจัยกึ่งทดลองและการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับชุมชนหลายเรื่องรายงานผลในทิศทางเดียวกันว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4,5,6] นอกจากนี้ โปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และการกำหนดมาตรการชุมชน ยังช่วยเสริมแรงสนับสนุน

ทางสังคมและความต่อเนื่องของพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างยั่งยืน[7,8] ขณะเดียวกัน การบูรณาการกลไกระดับพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันดีขึ้นควบคู่กับแนวโน้มการลดความชุกของการติดเชื้อในชุมชน[9] สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผสาน HBM กับแรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผล เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถใช้เป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

พื้นที่ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราการติดเชื่อพยาธิใบไม่ตับในปี 2566 คิเป็นร้อยละ 12.01 ปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 16.67 ยังคงเผชิญปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับในฐานะปัญหาสาธารณสุขเชิงพื้นที่ที่มีความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยข้อมูลจากการดำเนินงานควบคุมโรคของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังมีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดที่ปรุงไม่สุกหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อยปลา ลาบปลา ปลาส้ม และปลาร้าดิบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ แม้จะมีการให้ยาถ่ายพยาธิอย่างต่อเนื่องแต่ยังพบการติดเชื้อซ้ำเนื่องจากขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน[10] นอกจากนี้ ยังพบพฤติกรรมสุขาภิบาลที่ไม่เหมาะสมในบางครัวเรือน เช่น การกำจัดอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งเอื้อต่อการคงอยู่ของวงจรการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน[11] รายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ในตับของจังหวัดศรีสะเกษยังระบุว่าพื้นที่ชนบทที่มีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารพื้นถิ่นดิบหรือหมักดิบยังคงเป็นพื้นที่เฝ้าระวังสำคัญ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระยะยาว[12] ปัญหาดังกล่าวสะท้อนว่าการควบคุมโรคในพื้นที่ตำบลห้วยใต้ไม่อาจพึ่งพามาตรการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งปรับเปลี่ยนความเชื่อ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมของประชาชน ควบคู่กับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อให้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในบริบทของพื้นที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัด ศรีสะเกษ

2) วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ

แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ[13] จำนวน 30 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนตำบลโสน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ[13] จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ หมายถึง ชุดกิจกรรมและกระบวนการดำเนินงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพควบคู่กับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค รวมถึงการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานในพื้นที่ โปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ) ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิ

ใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ 0.864 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ 0.768 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ 0.789 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ 0.866 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ 0.848 และ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ 0.882 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ SSPPH 2026–008 ลงวันที่ 14 มกราคม 2569

ผลการศึกษา

1) กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ย 47.24 ปี (S.D.=.5.23 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 83.3 มีสถานะในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 เป็นประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.0 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25}=1,500 บาท : P_{75}=15,000 บาท) เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ ร้อยละ 53.3 และเคยซื้อยารักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับมารับประทาน ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 มีอายุเฉลี่ย 48.34 ปี (S.D.= 6.67 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 76.67 มีสถานะในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 63.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 เป็นประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.7 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25}=2,000 บาท : P_{75}=20,000 บาท) เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ ร้อยละ 46.7 และเคยซื้อยารักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับมารับประทาน ร้อยละ 63.3 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์

ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	18.63	2.44	-0.13	-1.42-1.15	-0.207	0.836
		กลุ่มเปรียบเทียบ	18.76	2.54				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	26.73	1.48	7.06	6.02-8.11	13.552	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.67	2.44				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.10	1.56	0.33	-0.43-1.10	0.868	0.388
		กลุ่มเปรียบเทียบ	9.77	1.40				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	13.43	0.93	2.86	2.16-3.56	8.184	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	10.57	1.67				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.33	1.44	0.16	-0.52-0.84	0.484	0.629
		กลุ่มเปรียบเทียบ	10.67	1.20				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	13.76	1.07	3.53	2.83-4.23	10.087	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	10.23	1.59				
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.90	1.34	-0.10	-0.90-0.70	-0.248	0.804
		กลุ่มเปรียบเทียบ	10.00	1.74				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	13.57	1.19	3.20	2.51-3.88	9.330	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	1.37	1.44				
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.10	1.56	0.23	-0.62-1.08	0.547	0.586
		กลุ่มเปรียบเทียบ	9.87	1.73				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	26.93	1.01	7.46	6.70-8.23	19.517	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.47	1.83				
แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	19.67	2.24	1.67	0.55-2.77	3.010	0.003
		กลุ่มเปรียบเทียบ	18.00	2.03				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	26.93	1.01	7.46	6.70-8.23	19.517	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.47	1.83				
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	32.30	2.62	0.53	-0.82-1.89	0.786	0.434
		กลุ่มเปรียบเทียบ	31.77	2.62				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	42.17	1.57	8.97	8.02-9.90	19.039	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	33.20	2.04				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้อาจเนื่องมาจากอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับที่จัดขึ้นมีการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นระบบ ทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ตรงกับปัญหาและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยกิจกรรมในโปรแกรมช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค เห็นโอกาสเสี่ยงจากการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การอักเสบของท่อน้ำดี โรคตับ และมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งเห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ปลอดภัย นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนการติดตาม กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น สามารถลดอุปสรรคในการป้องกันโรค และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น จึงทำให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สุพรรณ และอารี บุตรสอน[5] ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย–กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สมาน อารีย์[6] ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบุสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สมหมาย ชาน้อย[9] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ศุภกานต์ กันสูง และคณะ[14] ศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กัลยาณี จันธิมา และคณะ[15] ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนจังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สมชาย บุญตะวัน[16] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สมจิตร บุญยง[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิผลและยั่งยืน และ วันเพ็ญ เถาว์ทุมมา[17] ศึกษาผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูล การสืบค้นข้อมูล การตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูล และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1หน่วยงานสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับในกลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม

1.2ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน โรงเรียน วัด และสมาชิกในครอบครัว ในการให้ข้อมูลข่าวสาร ติดตาม กระตุ้นเตือน และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับชุมชน

1.3หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมรณรงค์และสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สื่อที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น สื่อบุคคล สื่อออนไลน์ เสียงตามสาย และกิจกรรมประชาคม เพื่อเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค

และกระตุ้นให้ประชาชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

2.2ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม เช่น อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี หรือการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

2.3ควรพัฒนาการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาปัจจัย ความเชื่อ วัฒนธรรมการบริโภคอาหาร และอุปสรรคที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ อันจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Foodborne trematode infections. Geneva: WHO.
2. กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. International Agency for Research on Cancer. (2012). Biological agents. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 100B. Lyon: IARC.
4. ศุภกนก หันทยุง. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร, 10(1), 40–53.
5. วัฒนา สุพรรณ, อารี บุตรสอน. (2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย–กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(4), 1193–1201.
6. สมาน อารีย์. (2566). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบุสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 417–425.
7. สมจิตร บุญยง. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2), 275–282.
8. กิตติศักดิ์ ประครองใจ. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ตำบลพรสาราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(4), 87–97.
9. สมหมาย ชาน้อย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(3), e271030.
10. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์. (2567). รายงานผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2567.
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยใต้. (2567). รายงานผลการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2567. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยใต้.
12. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2567. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

13. Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of sample size in health studies. World Health Organization.
14. ศุภกานต์ กันสูง และ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง. (2566). ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(3), 130–146.
15. กัลยาณี จันธิมา, ชลลดา แนบตู้, วีรพล จันธิมา, และชัชวาล น้อยวังฆัง. (2568). ผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนจังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19(3), 1078–1088.
16. สมชาย บุญตะวัน. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4(2), e268010.
17. วันเพ็ญ เถาว์ทุมมา. (2567). ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล (บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(6), 623–630.

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดกระบี่

Development and Effectiveness Evaluation of a Competency-Enhancement Program for Village Health Volunteers in Cardiovascular Disease Care in Krabi Province.

(Received: June 17,2026 ; Revised: June 21,2026 ; Accepted: June 25,2026)

พิพัฒน์ พุทธโร[1]
Pipat Phuttharo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมประเมินประสิทธิผลต่อสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประเมินผลการขยายโปรแกรมในจังหวัดกระบี่ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 ครอบคลุม 8 อำเภอ กลุ่มศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2,586 ราย อสม. ระยะศึกษาสถานการณ์ 383 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน และ อสม. กลุ่มทดลอง 288 คน เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรม KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program แบบสอบถามสมรรถนะ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความมั่นใจ ทักษะ สมรรถนะโดยรวม การปฏิบัติงาน แบบบันทึกการดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดัชนี PNI modified การทดสอบ paired t-test, one-way ANOVA และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้เปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นระดับสูง ขณะที่ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความมั่นใจในการเยี่ยมบ้านและการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ มีผลต่างเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากันที่ 1.16 คะแนน ส่วนการปฏิบัติงานด้านการประสานส่งต่อเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 3.39 คะแนน แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายอำเภอ พบว่าคะแนนทั้ง 5 ตัวแปรภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกอำเภอ โดยการเปรียบเทียบทั้ง 40 รายการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 8 อำเภอ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ ($F = 1.348$, $p = .228$) ความมั่นใจ ($F = 0.782$, $p = .603$) ทักษะการปฏิบัติ ($F = 0.593$, $p = .761$) สมรรถนะโดยรวม ($F = 0.653$, $p = .712$) และการปฏิบัติงาน ($F = 1.272$, $p = .264$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์มีทิศทางสอดคล้องกันในพื้นที่ทั้ง 8 อำเภอ นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. เข้าร่วมกิจกรรมอบรมครบตามเกณฑ์ร้อยละ 90.68 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จำนวน 2,241 ราย (ร้อยละ 86.66) และครั้งที่ 2 จำนวน 2,014 ราย (ร้อยละ 77.88) ได้รับการวัดความดันโลหิต 2,287 ราย (ร้อยละ 88.44) ได้รับคำแนะนำครบ 3 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา อาหาร และการปฏิบัติตัว จำนวน 1,581 ราย (ร้อยละ 61.14) และได้รับการดูแลครบตามเกณฑ์ 9 กิจกรรม จำนวน 927 ราย (ร้อยละ 35.85)การคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรืออาการเตือน 538 ราย (ร้อยละ 20.80) ในจำนวนนี้จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ 206 ราย (ร้อยละ 7.97 ของผู้ป่วยทั้งหมด) สามารถส่งต่อได้สำเร็จ 180 ราย (ร้อยละ 87.38) และได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด 147 ราย (ร้อยละ 81.67 ของผู้ที่ส่งต่อสำเร็จ)

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสมรรถนะ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคหัวใจและหลอดเลือด, การเยี่ยมบ้าน, การประสานส่งต่อ

Abstract

This multiphase mixed-methods research and development study aimed to assess the situation and priority needs, develop and validate a competency-enhancement program, evaluate its effectiveness among village health volunteers (VHVs), and assess its province-wide implementation in Krabi. The study was conducted from October 2025 to June 2026 across eight districts. Participants included 2,586 patients with cardiovascular disease, 383 VHVs in the situation analysis, 20 key informants, nine experts, and 288 VHVs in the effectiveness evaluation. Research instruments included the KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program, competency and knowledge questionnaires, confidence, practical skills, overall competency and performance assessments, patient care records, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, the modified Priority Needs Index, paired t-test, one-way ANOVA, and content analysis.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

The study results showed that after participating in the program, knowledge scores changed from low to high levels, while confidence, practical skills, overall competence, and work performance changed from moderate to high levels. Considering each aspect individually, confidence in home visits and patient assessment, as well as providing health advice, showed the highest average difference at 1.16 points. Work performance in referral coordination increased from 2.33 to 3.39 points, but remained at a moderate level. When analyzed by district, the scores for all five variables after participating in the program were higher than before participating in the program in all districts. A comparison of all 40 items showed statistical significance at the .001 level. However, when comparing the change scores between the 8 districts, no statistically significant differences were found in knowledge ($F = 1.348$, $p = .228$), confidence ($F = 0.782$, $p = .603$), practical skills ($F = 0.593$, $p = .761$), overall competence ($F = 0.653$, $p = .712$), and performance ($F = 1.272$, $p = .264$). This indicates that the changes in outcomes showed a consistent trend across all 8 districts. Furthermore, the study found that 90.68% of community health volunteers (CHVs) participated in the training activities according to the criteria. 2,241 patients (86.66%) received their first home visit, and 2,014 patients (77.88%) received their second home visit. 2,287 patients (88.44%) had their blood pressure measured. 1,581 patients (61.14%) received complete counseling in three areas: medication use, diet, and self-care. 927 patients (35.85%) received complete care according to the 9 criteria. Screening identified 538 patients (20.80%) with risk factors or warning signs. Of these, 206 patients (7.97% of all patients) required referral. 180 patients (87.38%) were successfully referred, and 147 patients (81.67% of those successfully referred) received services within the specified timeframe.

Keywords: competency-enhancement program, village health volunteers, cardiovascular disease, home visits, referral coordination

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย การเสียชีวิต ความพิการ คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ผู้ป่วยจำนวนมากต้องได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ หรือพฤติกรรมเสี่ยงร่วมด้วย การดูแลจึงไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะการรักษาภาวะเฉียบพลันในโรงพยาบาล แต่ต้องครอบคลุมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเฝ้าระวังอาการเตือน และการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน[1,2] ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ทั้งการคัดกรองความเสี่ยง การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการประสานส่งต่อ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสุขภาพภาคประชาชนที่เข้าถึงครัวเรือนและเชื่อมโยงผู้ป่วยกับหน่วยบริการได้อย่างใกล้ชิด อสม. สามารถสนับสนุนการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน และการแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อพบภาวะผิดปกติ อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวต้องอาศัยความรู้เฉพาะโรค ทักษะการประเมินผู้ป่วย ความมั่นใจในการตัดสินใจ และความสามารถในการสื่อสารและประสานส่งต่อที่เหมาะสม[3,4] งานวิจัยที่ผ่านมายังชี้ว่า สมรรถนะของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจสัมพันธ์กับประสบการณ์ การได้รับการฝึกอบรม และระบบสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ[5]

บริบทจังหวัดกระบี่มีทั้งพื้นที่เมือง ชนบท พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่เกาะ ทำให้การติดตามผู้ป่วยและการประสานส่งต่อมีข้อจำกัดแตกต่างกัน ข้อมูลจากทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 8 อำเภอก่อนดำเนินการวิจัยพบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2,586 ราย โดยร้อยละ 73.1 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72.9 มีโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานร่วมด้วย และมีเพียงร้อยละ 50.9 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ในช่วง 3 เดือนก่อนการศึกษา ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งร้อยละ 60.9 และในกลุ่ม

ที่ได้รับการประสานส่งต่อ มีผู้เข้าถึงบริการภายในเวลาที่กำหนดร้อยละ 72.1 นอกจากนี้ การดำเนินงานยังมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ทั้งด้านความสม่ำเสมอของการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูล การประเมินอาการเตือน และช่องทางการประสานส่งต่อ

การประเมินสมรรถนะของ อสม. ในจังหวัดกระบี่ก่อนพัฒนาโปรแกรมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ความมั่นใจ ทักษะ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการประสานส่งต่อกับหน่วยบริการ การประเมินความเสี่ยงและอาการเตือน และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพยังเป็นด้านที่ควรได้รับการพัฒนา ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่า อสม. ขาดความมั่นใจในการประเมินอาการและตัดสินใจส่งต่อ ขาดเกณฑ์และเครื่องมือช่วยปฏิบัติงานที่ชัดเจน และไม่ได้รับการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนช่องว่างระหว่างบทบาทที่ อสม. ต้องปฏิบัติจริงกับการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างเป็นระบบ

การพัฒนาสมรรถนะ อสม. จึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการถ่ายทอดความรู้แบบบรรยาย แต่ควรบูรณาการการฝึกปฏิบัติ การใช้สถานการณ์จำลอง การเสริมสร้างความมั่นใจ ระบบพี่เลี้ยง การนิเทศติดตาม และเครื่องมือสนับสนุนที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน การศึกษาของฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์ และคณะ [6] พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขณะที่แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนเน้นให้เริ่มจากการศึกษาปัญหาและบริบท พัฒนาองค์ประกอบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทดลองใช้ ปรับปรุง และประเมินผลก่อนนำไปขยายผล[7,8]

จากความสำคัญและช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนา KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program เพื่อเสริมความรู้ ความมั่นใจ ทักษะ สมรรถนะ และการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเน้นการคัดกรองความเสี่ยง การประเมินอาการเตือน การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการประสานส่งต่อร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ พร้อมประเมินประสิทธิผลและการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ เพื่อให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและสามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สถานการณ์การดูแล ปัญหา ความต้องการจำเป็น และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดกระบี่
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดกระบี่
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. เพื่อประเมินผลการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้และขยายผลในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย การคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ การประสานส่งต่อ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ประกอบด้วยการศึกษาสภาวะสุขภาพและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด การสำรวจสมรรถนะและความต้องการจำเป็นของ อสม. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม และการทดลองใช้เบื้องต้น จากนั้นประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังใน อสม. 288 คน จาก 8 อำเภอ อำเภอละ 36 คน โดยเปรียบเทียบความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะที่ 2 เป็นการปรับปรุงโปรแกรมตามผลการทดลองใช้และนำไปขยายผลในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ โดยประเมินความครอบคลุมและความครบถ้วนของการเยี่ยมบ้าน การวัดสัญญาณชีพ การประเมินความเสี่ยงและอาการเตือน การให้คำแนะนำ การบันทึกข้อมูล การประสานส่งต่อ ความสำเร็จในการเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พร้อมสังเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอเชิงระบบสำหรับการนำโปรแกรมไปใช้อย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย อสม. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1

1. การศึกษาสถานการณ์ ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในจังหวัดกระบี่ จำนวน 8,794 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane[9] ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ 382.59 คน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามอำเภอ จัดสรรจำนวนตามสัดส่วนของ อสม. ในแต่ละอำเภอ แล้วสุ่มรายชื่ออย่างง่ายจากทะเบียน อสม. เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีบทบาทในการดูแล ติดตาม หรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ พ้นสภาพหรือย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน หรือถอนตัวจากการวิจัย

2. การศึกษาข้อมูลสภาวะสุขภาพและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของหน่วยบริการสุขภาพ ครอบคลุมผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 2,586 ราย ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพใช้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. การพัฒนาโปรแกรม ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาสมรรถนะ อสม. การวิจัยและพัฒนา และการวัดและประเมินผล เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม[10,11] ภายหลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้เบื้องต้นกับ อสม. จำนวน 10 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายและไม่ได้รวมอยู่ในกลุ่มทดลองจริง

4. การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[12] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (paired t-test) กำหนดการทดสอบสองทาง ขนาดอิทธิพลระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen[13] เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คนต่ออำเภอ และเพิ่มจำนวนเพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูลเป็น 36 คนต่ออำเภอ รวมทั้งสิ้น 288 คน คัดเลือกจาก อสม. ที่มีบทบาทในการดูแลหรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการประเมินก่อน–หลังได้ครบถ้วน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ยุติการเข้าร่วม ได้แก่ ถอนความยินยอม พ้นสภาพหรือย้ายออกจากพื้นที่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ หรือมีข้อมูลการประเมินไม่ครบถ้วน

ระยะที่ 2 ขยายผล

กำหนดให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ร้อยละ 100 จึงไม่มีการคำนวณและสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ผู้ป่วยจำนวน 2,586 ราย จับคู่กับ อสม. จำนวน 2,586 คน ในอัตราส่วน 1:1 รวม 2,586 คู่ ครอบคลุมพื้นที่ 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองกระบี่ 512 คู่ อำเภอเขาพนม 348 คู่ อำเภอเกาะลันตา

236 คู่ อำเภอคลองท่อม 445 คู่ อำเภออ่าวลึก 302 คู่ อำเภอปลายพระยา 224 คู่ อำเภอลำทับ 168 คู่ และอำเภอเหนือคลอง 351 คู่ เกณฑ์คัดเข้าของผู้ป่วย ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีรายชื่อในทะเบียนของหน่วยบริการ อาศัยอยู่ในพื้นที่และสามารถรับการติดตามหรือเยี่ยมบ้านได้ ส่วน อสม. ต้องขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่เดียวกับผู้ป่วย ผ่านการเตรียมความพร้อม และสามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program ซึ่งพัฒนาจากผลการศึกษาสถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ K: การเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด R: การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อมในการประสานส่งต่อ A: การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลอง B: การเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และ I: ระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการ เครื่องมือประกอบโปรแกรม ได้แก่ คู่มือดำเนินงาน สื่อการเรียนรู้ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน การ์ดอาการเตือน เกณฑ์ธงสี และแนวทางการประสานส่งต่อ โปรแกรม คู่มือ และสื่อได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน กำหนดเกณฑ์ค่า IOC รายข้อไม่น้อยกว่า .50 และค่าเฉลี่ยความเหมาะสมไม่น้อยกว่า 3.51 จากนั้นทดลองใช้เบื้องต้นกับ อสม. 10 คน เพื่อประเมินความยอมรับและความเป็นไปได้ ก่อนปรับปรุงเป็นโปรแกรมฉบับสมบูรณ์

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม. ครอบคลุมเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน พฤติกรรมเสี่ยง บทบาทในการดูแลผู้ป่วย และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

2.2 แบบสอบถามสมรรถนะและความต้องการจำเป็นของ อสม. จำนวน 31 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมความรู้ การคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการประสานส่งต่อ ประเมินสภาพปัจจุบันและสภาพที่ควรจะเป็นเพื่อคำนวณ PNImodified[14] มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .89 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และ .88 ตามลำดับ

2.3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 30 ข้อ แบบถูก–ผิด ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .91 และค่า KR-20 เท่ากับ .87

2.4 แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

2.5 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง การประเมินอาการเตือน การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการใช้เครื่องมือสนับสนุน มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .91 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

2.6 แบบประเมินสมรรถนะโดยรวม จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมความรู้ การคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการใช้ยา และการประสานส่งต่อ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

2.7 แบบประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 28 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำและการประสานส่งต่อ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

2.8 แบบบันทึกการดูแลและสภาวะสุขภาพผู้ป่วย ใช้บันทึกโรค โรคร่วม ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณชีพ การเยี่ยมบ้าน อาการเตือน เกณฑ์ธงสี การให้คำแนะนำและการส่งต่อ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .92

ตรวจสอบคุณภาพด้วยความครบถ้วน ความชัดเจนของนิยาม และความถูกต้องของการบันทึก

2.9 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการ การให้คำแนะนำ การอธิบายอาการเตือน การประสานรับบริการ สัมพันธภาพ และความไว้วางใจ มีค่า IOC รายข้อ .67–1.00 เฉลี่ย .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

2.10 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 12 ประเด็น ครอบคลุมสถานการณ์การดูแล บทบาทของ อสม. ปัญหาอุปสรรค ช่องว่างของสมรรถนะ ความต้องการจำเป็น ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะต่อโปรแกรม ตรวจสอบความสอดคล้องความครอบคลุม และความชัดเจนโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ก่อนทดลองสัมภาษณ์และปรับถ้อยคำให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

เครื่องมือข้อ 2.2–2.7 และ 2.9 ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน สำหรับมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้ 4.21–5.00 ระดับมากที่สุด 3.41–4.20 ระดับมาก 2.61–3.40 ระดับปานกลาง 1.81–2.60 ระดับน้อย และ 1.00–1.80 ระดับน้อยที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ รวม 8 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น รวบรวมข้อมูลสภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากทะเบียนผู้ป่วย 2,586 ราย สำรวจสมรรถนะและความต้องการจำเป็นของ อสม. 383 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ช่องว่างของสมรรถนะ และความต้องการพัฒนา สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม นำผลการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาโปรแกรม KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ K การเสริมความรู้ R การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อมในการส่งต่อ A การฝึกปฏิบัติ B การเสริมสร้างความมั่นใจ และ I ระบบสนับสนุนและปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมพัฒนาคู่มือ สื่อการเรียนรู้ การ์ดอาการเตือน เกณฑ์ธงสี แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแนวทางการส่งต่อ การพัฒนาใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis, McTaggart และ Nixon[15] จำนวน 2 วงจร ได้แก่ การยกร่างและตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน และการปรับปรุงพร้อมทดลองใช้เบื้องต้นกับ อสม. 10 คน ก่อนจัดทำโปรแกรมฉบับทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลทดลองใช้โปรแกรมกับ อสม. 288 คน จาก 8 อำเภอ อำเภอละ 36 คน ตามแบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง โดยประเมินความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติสมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการทดลองใช้ วิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังทั้งในภาพรวมและรายอำเภอ เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่างอำเภอ และสังเคราะห์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อใช้ปรับปรุงโปรแกรม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและขยายผล

ขั้นตอนที่ 5 ทบทวนและปรับปรุงโปรแกรม นำผลการทดลองใช้และข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรม คู่มือ สื่อ เครื่องมือเยี่ยมบ้าน เกณฑ์อาการเตือน และแนวทางการส่งต่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยคงองค์ประกอบหลักของโปรแกรมไว้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 6 ขยายผลในพื้นที่ 8 อำเภอ นำโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ไปใช้กับคู่การดูแลระหว่าง อสม. กับผู้ป่วยจำนวน 2,586 คู่ ครอบคลุมอำเภอเมืองกระบี่ 512 คู่ เขาพนม 348 คู่ เกาะลันตา 236 คู่ คลองท่อม 445 คู่ อ่าวลึก 302 คู่ ปลายพระยา 224 คู่ ลำทับ 168 คู่ และเหนือคลอง 351 คู่

อสม. แกนนำ 288 คน ถ่ายทอดโปรแกรมภายใต้การกำกับของบุคลากรสุขภาพระดับอำเภอ กิจกรรมประกอบด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณชีพ การคัดกรองอาการเตือนตามเกณฑ์ธงสี การเยี่ยมบ้าน การติดตามการใช้ยาและการมาตามนัด การให้คำแนะนำด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย และการดูแลตนเอง ตลอดจนการบันทึกข้อมูลและประสานส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ

ขั้นตอนที่ 7 ติดตามและประเมินผลการขยายผล ประเมินความครอบคลุมและความครบถ้วนของการเยี่ยมบ้าน การคัดกรองความเสี่ยงและอาการเตือน การให้คำแนะนำ การติดตามการใช้ยาและการมาตามนัด การบันทึกข้อมูล การประสานส่งต่อ และการเข้าถึงบริการ โดยวิเคราะห์ทั้งภาพรวมและรายอำเภอ พร้อมประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 80 คน อำเภอละ 10 คน ซึ่งสุ่มจากผู้ได้รับการดูแลตามโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 8 สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเวทีร่วมกับ อสม. และบุคลากรระดับหน่วยบริการ อำเภอ และจังหวัด เพื่อสรุปผล ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และจัดทำข้อเสนอเชิงระบบสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องและการขยายผลในพื้นที่อื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลการดำเนินงานด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นด้วยดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (PNI_modified) [14]

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วย paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 8 อำเภอด้วย one-way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYL IRB-2568/478

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์

สถานการณ์ผู้ป่วยและการดูแล ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ขึ้นทะเบียนใน 8 อำเภอ มีจำนวน 2,586 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด 1,105 ราย (ร้อยละ 42.7) รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง 847 ราย (ร้อยละ 32.8) ภาวะหัวใจล้มเหลว 364 ราย (ร้อยละ 14.1) และกลุ่มอื่น 270 ราย (ร้อยละ 10.4) ผู้ป่วยร้อยละ 73.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72.9 มีโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานร่วมด้วย ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 50.9 รับประทานยาต่อเนื่องและมาตามนัดร้อยละ 82.0 และเคยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในรอบปีร้อยละ 8.7

ในช่วง 3 เดือนก่อนการศึกษา ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง 1,576 ราย (ร้อยละ 60.9) ในจำนวนนี้ได้รับการวัดความดันโลหิตร้อยละ 62.7 และได้รับคำแนะนำเรื่องยา อาหาร และการปฏิบัติตัวร้อยละ 77.9 พบผู้มีอาการเตือน 172 ราย ได้รับการประสานส่งต่อ 111 ราย (ร้อยละ 64.5) และได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนดร้อยละ 72.1 ของผู้ที่ส่งต่อ หรือร้อยละ 46.5 ของผู้มีอาการเตือนทั้งหมด สะท้อนว่าการเยี่ยมบ้าน การประเมินอาการเตือน และการเชื่อมต่อกับระบบบริการยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน พบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่สม่ำเสมอและขึ้นกับความถนัดของแต่ละบุคคล (16 คน) การบันทึกและส่งต่อข้อมูลระหว่าง อสม. กับหน่วยบริการยังไม่เป็นระบบเดียวกัน (11 คน) และระบบคัดกรองยังเน้นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าการประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างจำเพาะ (10 คน) ส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการให้เยี่ยมบ้านสม่ำเสมอและให้คำแนะนำที่ปฏิบัติได้จริงเรื่องยาและอาหาร (อย่างละ 8 คน) และกังวลว่าจะติดต่อผู้ใดเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (7 คน)

สมรรถนะและความต้องการจำเป็นของ อสม. อสม. 383 คน มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 15.31 คะแนน (SD = 4.30) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 51.0 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.67, 2.80, 2.85 และ 2.65; SD = 0.48, 0.50, 0.49 และ 0.48 ตามลำดับ)

ด้านความต้องการจำเป็น สภาพปัจจุบันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.75, SD = 0.26) สภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.36, SD = 0.18) ดัชนีโดยรวมเท่ากับ 0.585 เมื่อจัดลำดับรายด้าน ด้านที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือการประสานส่งต่อ ($PNI_{modified}$= 0.794) ซึ่งเป็นด้านเดียวที่สภาพปัจจุบันอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.47) รองลงมาคือทักษะการคัดกรองความเสี่ยง (0.647) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (0.591) การให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการใช้ยา (0.506) และการติดตามเยี่ยมบ้าน (0.425) สอดคล้องกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพและข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย

ลำดับดังกล่าวใช้กำหนดน้ำหนักเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรม โดยการประสานส่งต่อนำไปสู่องค์ประกอบ R และ I ทักษะการคัดกรองความเสี่ยงนำไปสู่องค์ประกอบ A ความรู้นำไปสู่องค์ประกอบ K ส่วนองค์ประกอบ B พัฒนาจากประเด็นเชิงคุณภาพด้านความไม่มั่นใจของ อสม. และความกังวลเรื่องช่องทางติดต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

2. ผลการพัฒนาโปรแกรม

ข้อค้นพบจากการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมนำไปสู่การพัฒนา KRABI CVD–VHV Competency Enhancement Program ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ K: การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (Knowledge Enhancement) R: การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อมในการประสานส่งต่อ (Risk Screening and Referral Readiness) A: การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลอง (Action-Based Practice) B: การเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Building Confidence) และ I: ระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการ (Integrated Support and Continuous Improvement) พร้อมเครื่องมือประกอบ ได้แก่ คู่มือดำเนินงาน สื่อการเรียนรู้ การ์ดอาการเตือน เกณฑ์ธงสี แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบฟอร์มประสานส่งต่อ

ผลการตรวจสอบร่างโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน ด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสม พบค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ .82 ผ่านเกณฑ์ 12 จาก 13 รายการ และมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.28, SD = 0.40) รายการที่ไม่ผ่านเกณฑ์และข้อเสนอแนะหลักเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและรูปแบบกิจกรรม จึงปรับจากการอบรมเต็มวันเป็นกิจกรรมระยะสั้น 6 ครั้ง จัดทุก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 3 เดือน โดยจัดสลับระหว่างการประชุมประจำเดือนของ อสม. กับการนัดหมายเพิ่มเติมในพื้นที่ พร้อมเพิ่มสื่อภาพ การ์ดอาการเตือนฉบับพกพา การฝึกบทบาทสมมติ เกณฑ์ธงสี และแบบฟอร์มส่งต่อมาตรฐาน ภายหลังปรับปรุงแล้วทุกรายการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การทดลองใช้เบื้องต้นกับ อสม. 10 คน เพื่อประเมินความเหมาะสม การยอมรับ และความเป็นไปได้ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งสามด้าน (Mean = 4.46, 4.44 และ 4.50 ตามลำดับ) อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยร้อยละ 95.0 ผู้เข้าร่วมสะท้อนว่าการ์ดอาการเตือนและสถานการณ์จำลองช่วยให้ประเมินอาการและตัดสินใจส่งต่อได้ชัดเจนขึ้น จึงเพิ่มระยะเวลาการฝึกประเมินอาการเตือนและการประสานส่งต่อ ก่อนจัดทำเป็นโปรแกรมฉบับทดลองใช้

3. ผลการทดลองใช้โปรแกรม

การทดลองใช้โปรแกรมดำเนินการกับ อสม. จำนวน 288 คน จากพื้นที่ 8 อำเภอ อำเภอละ 36 คน ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของ อสม. (n = 288)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม M ± SD	หลังเข้าร่วมโปรแกรม M ± SD	ผลต่างเฉลี่ย	t	p	Cohen's dz
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด	15.31 ± 4.37	23.79 ± 3.74	8.48	37.01	< .001	2.18
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	2.68 ± 0.50	3.81 ± 0.65	1.13	38.74	< .001	2.28
ทักษะการปฏิบัติ	2.80 ± 0.49	3.79 ± 0.65	0.99	34.69	< .001	2.04
สมรรถนะโดยรวม	2.84 ± 0.50	3.84 ± 0.64	1.00	35.10	< .001	2.07
การปฏิบัติงาน	2.66 ± 0.48	3.72 ± 0.65	1.06	35.85	< .001	2.11

หมายเหตุ: df = 287

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้เปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นระดับสูง ขณะที่ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความมั่นใจในการเยี่ยมบ้านและการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ มีผลต่างเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากันที่ 1.16 คะแนน ส่วนการปฏิบัติงานด้านการประสานส่งต่อเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 3.39 คะแนน แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายอำเภอ พบว่าคะแนนทั้ง 5 ตัวแปรภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกอำเภอ โดยการเปรียบเทียบทั้ง 40 รายการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 8 อำเภอ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ ($F = 1.348$, $p = .228$) ความมั่นใจ ($F = 0.782$, $p = .603$) ทักษะการปฏิบัติ ($F = 0.593$, $p = .761$) สมรรถนะโดยรวม ($F = 0.653$, $p = .712$) และการปฏิบัติงาน ($F = 1.272$, $p = .264$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์มีทิศทางสอดคล้องกันในพื้นที่ทั้ง 8 อำเภอ

4. ผลการขยายผลโปรแกรมในพื้นที่จังหวัดกระบี่

การขยายผลโปรแกรมครอบคลุมพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่ มีข้อมูลคู่การดูแลระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2,586 คู่ ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 68.43 ปี (S.D. = 10.80) โดยร้อยละ 78.27 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การวินิจฉัยที่พบมากที่สุดคือโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 43.16 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 32.41 และผู้ป่วยร้อยละ 81.44 มีระดับความเสี่ยงพื้นฐานตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 15.30 คะแนน เป็น 19.41 คะแนน ส่วนความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง ($d = 1.19–1.45$) ด้านที่มีขนาดอิทธิพลสูงที่สุดคือความมั่นใจ รองลงมาคือการปฏิบัติงานและสมรรถนะโดยรวม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะขยายผล

ด้านสมรรถนะ	ก่อนเข้าร่วม M (SD)	หลังเข้าร่วม M (SD)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	t	p	Cohen's d
ความรู้ (0–30 คะแนน)	15.30 (4.29)	19.41 (5.22)	4.11 (3.97–4.24)	60.64	< .001	1.19
ความมั่นใจ (1–5 คะแนน)	2.75 (0.49)	3.55 (0.70)	0.80 (0.78–0.82)	73.96	< .001	1.45
ทักษะการปฏิบัติ (1–5 คะแนน)	2.82 (0.47)	3.54 (0.73)	0.71 (0.69–0.74)	61.91	< .001	1.22
สมรรถนะโดยรวม (1–5 คะแนน)	2.86 (0.47)	3.62 (0.72)	0.76 (0.74–0.78)	68.47	< .001	1.35
การปฏิบัติงาน (1–5 คะแนน)	2.72 (0.49)	3.50 (0.70)	0.79 (0.76–0.81)	71.42	< .001	1.40

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย paired t-test; Cohen's d หมายถึงขนาดอิทธิพลสำหรับข้อมูลแบบจับคู่

ผลด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการประสานส่งต่อ

ผลการขยายโปรแกรมพบว่า อสม. เข้าร่วมกิจกรรมอบรมครบตามเกณฑ์ร้อยละ 90.68 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จำนวน 2,241 ราย (ร้อยละ 86.66) และครั้งที่ 2 จำนวน 2,014 ราย (ร้อยละ 77.88) ได้รับการวัดความดันโลหิต 2,287 ราย (ร้อยละ 88.44) ได้รับคำแนะนำครบ 3 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา อาหาร และการปฏิบัติตัว จำนวน 1,581 ราย (ร้อยละ 61.14) และได้รับการดูแลครบตามเกณฑ์ 9 กิจกรรม จำนวน 927 ราย (ร้อยละ 35.85)

การคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรืออาการเตือน 538 ราย (ร้อยละ 20.80) ในจำนวนนี้จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ 206 ราย (ร้อยละ 7.97 ของผู้ป่วยทั้งหมด) สามารถส่งต่อได้สำเร็จ 180 ราย (ร้อยละ 87.38) และได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด 147 ราย (ร้อยละ 81.67 ของผู้ที่ส่งต่อสำเร็จ)

เมื่อพิจารณาจำแนกรายอำเภอ พบว่าการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 การให้คำแนะนำครบ 3 ด้าน และการดูแลครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ โดยการดูแลครบตามเกณฑ์อยู่ระหว่างร้อยละ 21.61–50.00 อำเภอลำทับมีสัดส่วนสูงสุด รองลงมาคืออำเภออ่าวลึกและอำเภอเขาพนม ส่วนอำเภอเกาะลันตามีสัดส่วนต่ำสุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดกระบวนการดูแลและการประสานส่งต่อ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ผู้ป่วย (ราย)	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (%)	แนะนำครบ 3 ด้าน (%)	ดูแลครบ 9 กิจกรรม (%)	พบความเสี่ยง (%)	จำเป็นต้องส่งต่อ (ราย)	ส่งต่อสำเร็จ (%)	ความพึงพอใจ
เมืองกระบี่	512	77.15	59.18	34.57	19.92	49	83.67	4.14
เขาพนม	348	81.61	69.83	43.68	23.56	41	92.68	4.07
เกาะลันตา	236	65.68	45.34	21.61	23.31	17	76.47	3.96
คลองท่อม	445	70.79	56.63	27.87	22.25	30	83.33	4.28
อ่าวลึก	302	85.43	68.87	45.03	20.20	18	100.00	4.42
ปลายพระยา	224	85.71	65.18	42.41	19.20	19	84.21	3.94
ลำทับ	168	85.71	72.62	50.00	16.07	9	100.00	4.24
เหนือคลอง	351	77.21	56.98	30.77	19.66	23	86.96	3.73
รวม	**2,586**	**77.88**	**61.14**	**35.85**	**20.80**	**206**	**87.38**	**4.10**

***หมายเหตุ**: ร้อยละการส่งต่อสำเร็จคำนวณจากผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ ส่วนคะแนนความพึงพอใจเป็นค่าเฉลี่ยจากมาตรประมาณค่า 5 ระดับ*

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานร่วมด้วย ขณะที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพียงประมาณครึ่งหนึ่ง และยังพบการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สะท้อนถึงความจำเป็นของการติดตามด้านการใช้ยา การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การปรับพฤติกรรม และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่องในระดับครัวเรือน ผลนี้สอดคล้องกับวาสนา ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ[4] ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองและการประสานทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ[5] ที่ชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต้องอาศัยผู้ดูแลและ อสม. ที่มีสมรรถนะเฉพาะด้าน

ก่อนพัฒนาโปรแกรม ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งร้อยละ 60.9 ผู้ได้รับการเยี่ยมบ้านมีการวัดความดันโลหิตร้อยละ 62.7 และผู้ที่ได้รับการส่งต่อเข้าถึงบริการภายในเวลาที่กำหนดร้อยละ 72.1 แสดงว่าการเยี่ยมบ้าน การประเมินอาการเตือน และการเชื่อมต่อกับหน่วยบริการยังไม่ครอบคลุมและขาดมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับนิอิมรอน ดอเลาะ[16] ที่

เสนอให้บูรณาการการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของ อสม. อย่างเป็นระบบ รวมทั้งฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ[17] ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านสมรรถนะพบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับต่ำ ส่วนความมั่นใจ ทักษะ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยการประสานส่งต่อมีคะแนนต่ำที่สุด รองลงมาคือการประเมินความเสี่ยงและอาการเตือน ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบข้อจำกัดด้านความมั่นใจ เครื่องมือ และเกณฑ์การตัดสินใจส่งต่อ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ[5] ซึ่งพบว่าสมรรถนะของ อสม. สัมพันธ์กับประสบการณ์และความรู้เฉพาะด้าน และเกสิรินทร์ ไทยเสน และนงณภัทร รุ่งเนย[18] ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถในการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสมรรถนะ

โปรแกรมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อมในการส่งต่อ การฝึกปฏิบัติ การเสริมสร้างความมั่นใจ และระบบสนับสนุนแบบบูรณาการ โดยออกแบบให้ตอบสนองช่องว่างที่พบจากการศึกษาสถานการณ์ เช่น การ์ดอาการเตือน เกณฑ์ธงสี แบบฟอร์มส่งต่อ การฝึกสถานการณ์จำลอง ระบบพี่เลี้ยง และการนิเทศติดตาม ผลการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการทดลองใช้เบื้องต้นพบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสม การยอมรับ และความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ O'Cathain et al.[7] ซึ่งเสนอให้พัฒนาโปรแกรมจากความต้องการจำเป็นและทดลองปรับปรุงก่อนประเมินผล และ Skivington et al.[8] ที่เน้นบริบท การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และการปรับโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง การปรับกิจกรรมจากการอบรมเต็มวันเป็นกิจกรรมระยะสั้น 6 ครั้งร่วมกับการประชุมประจำเดือนของ อสม. จึงช่วยลดภาระและเพิ่มโอกาสในการนำไปใช้จริง

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. 288 คน มีคะแนนความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติ สมรรถนะโดยรวม และการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน และมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการใช้เนื้อหาที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง ร่วมกับการสาธิต การฝึกซ้ำ กรณีศึกษา บทบาทสมมติ และข้อมูลป้อนกลับจากพี่เลี้ยง ซึ่งช่วยให้ อสม. นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฏ์ และคณะ[6] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อนิรุธ จันทพาส และคณะ[19] ที่พบว่าการอบรมร่วมกับการโค้ชและนิเทศติดตามช่วยเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติงานของ อสม. และ Pitchalard et al.[20] ที่รายงานว่าการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการประยุกต์ใช้ในชุมชน

ความมั่นใจเป็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงสูงที่สุด น่าจะเกี่ยวข้องกับการฝึกสถานการณ์จำลอง การตัดสินใจซ้ำ และการได้รับข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งช่วยลดความลังเลและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับกิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร และวาสุกรี สายเพ็ชร์[21] อย่างไรก็ตาม การประสานส่งต่อภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมยังอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าผลลัพธ์ด้านนี้ขึ้นอยู่กับทั้งสมรรถนะของ อสม. ความชัดเจนของช่องทางติดต่อ ความพร้อมของหน่วยบริการ ระบบขนส่ง และการตอบสนองของบุคลากรสุขภาพ

คะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 8 อำเภอไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผลลัพธ์มีทิศทางใกล้เคียงกันในทุกพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าคุณภาพการดำเนินงานของแต่ละอำเภอเท่ากัน เนื่องจากตัวชี้วัดกระบวนการในระยะขยายผลยังแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่

ผลการขยายโปรแกรมในพื้นที่ 8 อำเภอ

การขยายผลพบว่า ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 86.66 และ 77.88 ตามลำดับ และได้รับการวัดความดันโลหิตร้อยละ 88.44 แสดงว่าโปรแกรมสามารถสนับสนุนการดูแลเชิงรุก โดยเฉพาะ

กิจกรรมที่มีขั้นตอนและเครื่องมือกำกับชัดเจน ผลนี้สอดคล้องกับนิอิมรอน ดอเลาะ[16] และวาสนา ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ[4] ซึ่งชี้ว่า อสม. สามารถสนับสนุนการคัดกรอง การติดตามอาการ การดูแลตนเอง และการประสานทีมสุขภาพได้เมื่อได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การให้คำแนะนำครบ 3 ด้านดำเนินการได้ร้อยละ 61.14 และการดูแลครบตามเกณฑ์ 9 กิจกรรมร้อยละ 35.85 สะท้อนว่ากิจกรรมที่ต้องใช้เวลา การสื่อสารเฉพาะบุคคล และการติดตามซ้ำยังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ ความครบถ้วนของการดูแลแตกต่างกันระหว่างอำเภอตั้งแต่ร้อยละ 21.61–50.00 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนผู้ป่วย ภาระงาน อัตราส่วนพี่เลี้ยง ความพร้อมของหน่วยบริการ และลักษณะภูมิศาสตร์ สอดคล้องกับ Skivington et al.[8] ที่ระบุว่าผลของโปรแกรมสุขภาพขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ผู้ดำเนินงาน และบริบท รวมทั้งแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม การกำกับติดตาม และการบูรณาการอาสาสมัครสุขภาพชุมชนเข้ากับระบบบริการ[22]

การคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรืออาการเตือนร้อยละ 20.80 สามารถส่งต่อผู้ที่จำเป็นได้สำเร็จร้อยละ 87.38 และร้อยละ 81.67 ของผู้ที่ส่งต่อสำเร็จได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด สะท้อนว่าเกณฑ์ธงสี การ์ดอาการเตือน และแบบฟอร์มส่งต่ออาจช่วยให้การตัดสินใจและการสื่อสารชัดเจนขึ้น แม้ผลการเข้าถึงบริการจะสูงกว่าสถานการณ์ก่อนพัฒนาโปรแกรม แต่เนื่องจากไม่ได้เปรียบเทียบผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน จึงไม่สามารถสรุปว่าความแตกต่างเกิดจากโปรแกรมโดยตรง

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมาก โดยเฉพาะความสุภาพและความไว้วางใจ อย่างไรก็ตาม ความสม่ำเสมอของการเยี่ยมบ้านมีคะแนนต่ำที่สุด และความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ลดลงจากครั้งแรก จึงควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยง การนิเทศติดตาม และการสนับสนุนเฉพาะพื้นที่เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและความครบถ้วนของการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรนำโปรแกรมไปใช้พัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยคงองค์ประกอบหลักด้านความรู้ การฝึกปฏิบัติ การประเมินอาการเตือน การประสานส่งต่อ และระบบพี่เลี้ยง พร้อมปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ควรจัดให้มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นความสม่ำเสมอของการเยี่ยมบ้าน ความครบถ้วนของการให้คำแนะนำ และการใช้เกณฑ์ส่งต่อร่วมกันระหว่าง อสม. รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ควรสนับสนุนพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยด้วยแผนพัฒนาเฉพาะพื้นที่และระบบข้อมูลสำหรับติดตามผลรายบุคคล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรประเมินประสิทธิผลโดยใช้การวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลในระยะยาว เพื่อศึกษาความคงอยู่ของสมรรถนะ การปฏิบัติงานจริง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งควรศึกษาปัจจัยด้านพี่เลี้ยง ภาระงาน ลักษณะพื้นที่ และความพร้อมของระบบบริการที่มีผลต่อความครบถ้วนและความต่อเนื่องของการนำโปรแกรมไปใช้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมแพทย์มัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 (Thai acute coronary syndromes guidelines 2020). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

4. วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ, วิโรจน์ เจ้ยเปลี่ยน, ศิรเมศร์ โภโค. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2568;26(1):229-236.
5. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ภัทรกร จันทวร, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับสมรรถนะที่จำเป็นด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวิถีชีวิตแบบใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567;17(2):53-67.
6. ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฏ์, ลาวัลย์ เวทยาวงศ์, หทัยรัตน์ ศักดิ์แก้ว. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(3):174-186.
7. O'Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. BMJ Open. 2019;9(8):e029954. doi:10.1136/bmjopen-2019-029954.
8. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061. doi:10.1136/bmj.n2061.
9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
10. Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, Powell BJ, Dorsey CN, Clary AS, et al. Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. Implement Sci. 2017;12(1):108. doi:10.1186/s13012-017-0635-3.
11. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Development of a theory-informed questionnaire to assess the acceptability of healthcare interventions. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):279. doi:10.1186/s12913-022-07577-3.
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-191. doi:10.3758/BF03193146.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. สุวิมล ว่องวาณิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
15. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
16. นิอิมรอน ดอเลาะ. การพัฒนาโปรแกรมตรวจคัดกรองและติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(3):84-91.
17. ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, นงณภัทร รุ่งเนย, ผุสดี ด่านกุล. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(3):74-89.
18. เกสิรินทร์ ไทยเสน, นงณภัทร รุ่งเนย. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(3).
19. อนิรุธ จันทพาส, รจนา ศรีเล็ก, กฤษฎา เหล็กเพชร, ดวงใจ พุทธเษม. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2569;11(1):1247-1256.
20. Pitchalard K, Moonpanane K, Wimolphan P, Singkhorn O, Wongsuraprakit S. Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand. Int J Nurs Sci. 2022;9(3):328-333.
21. กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร, วาสุกรี สายเพ็ชร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล. 2567;73(4):11-20.
22. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a Behavioral Modification Model for Pesticide Use among Farmers in the Service Area of Ban Nikom Soi Klang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khukhan District, Sisaket Province.

(Received: June 17,2026 ; Revised: June 26,2026 ; Accepted: June 28,2026)

เกียรติศักดิ์ พวงพลอย[1]
Kaittisak Poungploy[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการประกอบด้วย 1) เกษตรกร 2) ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 3) ผู้นำชุมชน 4) นักวิชาการสาธารณสุข 5) พยาบาลวิชาชีพ 6) นักวิชาการประจำสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์ 7) นักวิชาการการเกษตรอำเภอขุขันธ์ 8) ผู้แทนจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวม 13 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 16 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2569 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ NIKHOM Model ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้ 2) การสร้างการรับรู้ความเสี่ยง 3) การพัฒนาทักษะการป้องกันตนเอง 4) การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน 6) การติดตามและประเมินผล และหลังการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ พฤติกรรม สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกร

Abstract

This action research aimed to develop a behavioral modification model for pesticide use among farmers in the service area of Ban Nikhom Soi Klang Health Promoting Hospital, Khukhan District, Sisaket Province. The participants involved in the model development process consisted of 13 key stakeholders, including farmers, representatives of local administrative organizations, community leaders, public health academics, registered nurses, public health officers from Khukhan District Public Health Office, agricultural officers from Khukhan District Agricultural Office, and pesticide distributors. The study sample for data collection comprised 30 farmers residing in the service area of Ban Nikhom Soi Klang Health Promoting Hospital. The study period of 16 weeks from February to May 2026. Data were collected using researcher-developed questionnaires. Qualitative data were analyzed through categorization and content analysis,

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

while quantitative data were analyzed using paired t-tests to compare mean scores before and after the implementation of the developed model.

The findings revealed that the behavioral modification model for pesticide use, named the NIKHOM Model, consisted of six components: (1) knowledge development, (2) Increasing Risk Perception, (3) ping Self-Protection Skills, (4) Health Social Support, (5) Organization & Community Participation, and (6) Monitoring and Evaluation. Following the implementation of the model, the participants demonstrated significantly higher mean scores in pesticide-related knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, and pesticide prevention behaviors compared with the pre-intervention period ($p < .05$).

Keyword: Model Development, Behavior, Pesticide Use, Farmers

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ประชาชนจำนวนมากยังพึ่งพาภาคเกษตรกรรมทั้งในด้านเศรษฐกิจและวิถีชีวิต ส่งผลให้การใช้ “สารเคมีกำจัดศัตรูพืช” เช่น สารกำจัดแมลง สารกำจัดวัชพืช และสารป้องกันกำจัดโรคพืช ยังคงเป็นวิธีสำคัญในการควบคุมศัตรูพืชและเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร อย่างไรก็ตาม การใช้สารเคมีดังกล่าวสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสโดยตรงระหว่างการผสม ฉีดพ่น ล้างอุปกรณ์ และการจัดเก็บ รวมถึงการสัมผัสทางอ้อมผ่านการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและห่วงโซ่อาหาร โดยกรมควบคุมโรคได้ให้กรอบนิยามและแนวทางเฝ้าระวัง “โรค/อาการสำคัญจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช” เพื่อสนับสนุนการคัดกรอง สอบสวน และจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ สะท้อนว่าปัญหานี้เป็นทั้งประเด็นด้านอาชีวอนามัยและสาธารณสุขชุมชน[1,2,3] ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเกิดขึ้นในหลายระดับ โดยในระดับผู้สัมผัสเกษตรกรอาจเกิดอาการเฉียบพลัน เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ระคายเคืองตา ผื่นคัน แน่นหน้าอก ใจสั่น หรืออาการทางระบบประสาทและทางเดินหายใจ ซึ่งแนวทางเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรคได้ระบุกรอบรหัสโรคและรหัสสาเหตุภายนอกที่เกี่ยวข้อง (เช่น ICD-10 กลุ่ม T60.0–T60.9) เพื่อใช้ในการติดตามและจัดการปัญหาในระบบบริการ[2] นอกจากนี้ การตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรสถูกใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในระดับปฐมภูมิสำหรับประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต/คาร์บาเมต และสนับสนุนการป้องกันเชิงรุกในพื้นที่[1] ในระดับครอบครัว ผลกระทบมักสะท้อนผ่านค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล การสูญเสียรายได้จากการหยุดงานหรือสมรรถภาพลดลง และความเครียดจากภาระการดูแลผู้เจ็บป่วย ขณะที่ระดับชุมชนได้รับผลกระทบจากการปนเปื้อนของดิน น้ำ และอากาศ รวมถึงความเสี่ยงของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เช่น เด็กและผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้แปลงเกษตร[3]

ในเชิงระบบบริการสุขภาพ หลักฐานจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2559–2561 พบว่าผู้ป่วยพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีในกลุ่มผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจน สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อระบบสุขภาพและครัวเรือน[4] นอกจากนี้ รายงานสาธารณะในปีงบประมาณ 2562 ที่อ้างข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังรายงานจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในระบบบัตรทอง ซึ่งชี้ว่าผลกระทบเชิงสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] เมื่อพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยในประเทศไทย พบรูปแบบพฤติกรรมเสี่ยงของเกษตรกรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การรับข้อมูลจากร้านจำหน่ายเป็นหลัก การไม่อ่านฉลากอย่างครบถ้วน การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลไม่เหมาะสมหรือไม่สม่ำเสมอ และการฉีดพ่นถี่ตามฤดูกาล โดยหลักฐานในจังหวัดศรีสะเกษจาก

การศึกษากลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงรายงานว่า เกษตรกรบางส่วนยังมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจสัญลักษณ์ความเป็นพิษบนฉลากและการใช้อุปกรณ์ป้องกันไม่ครบถ้วน อีกทั้งตรวจพบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยในบางส่วนของกลุ่มตัวอย่าง[6] ขณะเดียวกัน งานศึกษาล่าสุดในจังหวัดศรีสะเกษ อำเภอกันทรลักษ์ ยังสะท้อนว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรยังมีข้อจำกัดด้านความสม่ำเสมอและความถูกต้อง[7] ประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็น “ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ” กล่าวคือ แม้เกษตรกรจะมีความรู้หรือการรับรู้ความเสี่ยงในระดับหนึ่ง แต่การปฏิบัติด้านความปลอดภัย เช่น การอ่านฉลาก การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การล้างและเก็บสารเคมีอย่างปลอดภัย รวมถึงการกำจัดภาชนะบรรจุอย่างเหมาะสม ยังไม่สอดคล้องเพียงพอ[3,6] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร สามารถสังเคราะห์รูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลได้เป็นรูปแบบเชิงบูรณาการ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ (1) การเสริมสร้างความรู้และสุขศึกษาเชิงรุก ผ่านการอบรม การบรรยาย สื่อการสอน และการสาธิต เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากสารเคมี วิธีใช้สารเคมีอย่างถูกต้อง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น[8,9] (2) การพัฒนาทักษะและพฤติกรรมความปลอดภัย เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การผสมและฉีดพ่นสารเคมีอย่างถูกวิธี การจัดเก็บและกำจัดภาชนะบรรจุอย่างเหมาะสม[10,11] (3) การเสริมสร้างการรับรู้และแรงจูงใจโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และความสามารถของตนเอง[12,13] (4) การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เช่น กระบวนการ AIC การพัฒนาศักยภาพแกนนำและอาสาสมัครสาธารณสุข การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน การติดตามเยี่ยมบ้านและการรณรงค์ในชุมชน[14,15] และ (5) การประเมินผลด้านชีวภาพและพฤติกรรมควบคู่กัน โดยเฉพาะการตรวจระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดร่วมกับการประเมินความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง[17,18]แนวทางดังกล่าวส่งผลให้เกษตรกรมีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ระดับความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีลดลง และสามารถพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ยั่งยืนในระดับชุมชนได้ สะท้อนว่าการดำเนินงานแบบบูรณาการที่ผสานความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวทางหลักในการลดความเสี่ยงและป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรได้อย่างมีประสิทธิผล

สำหรับบริบทพื้นที่ศึกษา จังหวัดศรีสะเกษมีพื้นที่เกษตรกรรมขนาดใหญ่และมีการเพาะปลูกพืชสำคัญหลายชนิด โดยเอกสารข้อมูลพื้นฐานจังหวัดและบทวิเคราะห์การเกษตรยืนยันลักษณะพื้นที่เกษตรกรรมที่เด่นชัด ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากเกี่ยวข้องกับงานเกษตรและมีโอกาสสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามฤดูกาลผลิต (สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดศรีสะเกษ, 2567; สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ, 2568) อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ชนบทที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีการเพาะปลูกพืชเศรษฐกิจหลายชนิด ส่งผลให้มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่องตลอดฤดูกาลผลิต[19,20] โดยจากแนวทางเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรคพบว่าเกษตรกรเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคและอาการจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากมีโอกาสสัมผัสสารเคมีโดยตรงจากการผสม ฉีดพ่น ล้างอุปกรณ์ และการจัดเก็บสารเคมีที่ไม่เหมาะสม[2,3] นอกจากนี้หลักฐานเชิงพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษรายงานว่ากลุ่มเกษตรกรยังคงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างครบถ้วน และมีการตรวจพบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในระดับเสี่ยงในบางส่วนของกลุ่มตัวอย่าง[6,7] ในระดับระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาในระดับสูง ซึ่งสะท้อนภาระต่อครัวเรือนและงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ[4,5] เมื่อพิจารณาร่วมกับบริบทการเป็นพื้นที่เกษตรกรรมขนาดใหญ่ของจังหวัดศรีสะเกษ[19,21] จึงมีความเป็นไปได้สูงว่าประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จะมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ยังไม่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเชิงประจักษ์และโปรแกรมเชิงระบบที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีให้เหมาะสมในบริบทพื้นที่ระดับตำบล ดังนั้น การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่นี้จึงมีความจำเป็น เพื่อยกระดับความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของเกษตรกร ครอบครัว และชุมชน และลดภาระด้านค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขในระยะยาว[2,4]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยของเกษตรกร ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหรือภาวะเจ็บป่วยจากการสัมผัสสารเคมี และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัย อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลด้านอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิ และเป็นต้นแบบแนวทางการดำเนินงานที่สามารถขยายผลไปใช้ในพื้นที่อื่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1เพื่อศึกษาบริบทการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3เพื่อประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[22] 4 ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การ

สังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 16 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2569 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ และ 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ด้านข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ (1-28 กุมภาพันธ์ 2569)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยนำข้อมูลบริบท และนโยบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรของกระทรวงสาธารณสุขมาออกแบบพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป โดยขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ (1 มีนาคม 2569 ถึง 30 เมษายน 2569) ดังนี้

2.1การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1.2 ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มีการแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลสารเคมี จากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาคืนสู่ชุมชนผ่านการประชาคม

2.2การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร แนวทางสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรเอกชน นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ

เกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 วงรอบ (ครั้งที่ 1 วันที่ 4 มีนาคม 2569 ครั้งที่ 2 วันที่ 8 เมษายน 2569)

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยทดลองใช้กับเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ในด้านความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (1- 31 พฤษภาคม 2569)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ทำการศึกษา คือ เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพงานตามวงล้อ PAOR โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ เกษตรกร ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการการเกษตร ผู้แทนจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวม 13 คน ดังนี้ 1) เกษตรกร 5 คน 2) ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน 3) ผู้นำชุมชน 2 คน 4) นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน 5) พยาบาลในพื้นที่ 1 คน 6) นักวิชาการประจำสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์ 1 คน 7) นักวิชาการการเกษตรอำเภอขุขันธ์ 1 คน 8) ผู้แทนจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 1 คน

2.2 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน

2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2569 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร 2) ประสบการณ์การการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร การประสานความร่วมมือกับ

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

1.2 แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

1.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เรื่องสั้นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช Role Model และ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำเกษตร ชนิดพืชที่ปลูก ลักษณะการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 15 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และบริบททั่วไปของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัด ศรีสะเกษ โดยใช้แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การบันทึกเสียง และเก็บข้อมูลผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เกษตรกร ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุขพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการการเกษตร ผู้แทนจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

(content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ประกอบด้วย เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2026-017 ลงวันที่ 28 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

1. บริบทและสถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง ตั้งอยู่ในตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเฉพาะการทำนา ปลูกพืชไร่ และพืชเศรษฐกิจ ซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเพิ่มผลผลิตและลดความเสียหายจากศัตรูพืช จากข้อมูลทะเบียนเกษตรกรและการสำรวจเบื้องต้นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าเกษตรกรมากกว่าร้อยละ 80 มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นประจำอย่างน้อย 1–2 ครั้งต่อเดือนในช่วงฤดูเพาะปลูก และมีเกษตรกรจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการผสมฉีดพ่น และเก็บรักษาสารเคมีด้วยตนเอง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายทั้งทางผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่

จากการวิเคราะห์สถานการณ์เชิงปริมาณโดยการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในพื้นที่ พบว่าเกษตรกรจำนวนหนึ่งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมี เช่น การไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลครบทุกครั้งขณะฉีดพ่นสารเคมี การรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำระหว่างปฏิบัติงาน การผสมสารเคมีในอัตราที่สูงกว่าคำแนะนำ การเก็บรักษาสารเคมีไว้ภายในบริเวณที่พักอาศัย และการกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีไม่ถูกวิธี นอกจากนี้ข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขยังพบเกษตรกรที่มีอาการผิดปกติภายหลังการใช้สารเคมี เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ระคายเคืองผิวหนัง และอ่อนเพลียเป็นระยะ สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเกษตรกรผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ตระหนักถึงอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่ยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง โดยมองว่าการสวมอุปกรณ์ป้องกันมีความไม่สะดวกในขณะปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในสภาพอากาศร้อน นอกจากนี้ยังพบว่าการตัดสินใจใช้สารเคมีได้รับอิทธิพลจากคำแนะนำของร้านจำหน่ายสารเคมีและประสบการณ์ของเกษตรกรรายอื่นมากกว่าข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุข ขณะเดียวกันชุมชนยังไม่มีระบบติดตาม เฝ้าระวัง และกลไกสนับสนุนการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยที่

ชัดเจน ส่งผลให้จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการสร้างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การพัฒนาทักษะการป้องกันตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยและยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ดร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังภาพที่ 1 ดังนี้

2.1 Knowledge Development (การพัฒนาความรู้) หมายถึง การมุ่งเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับประเภทของสารเคมี อันตรายต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม วิธีการใช้ที่ถูกต้อง การเก็บรักษา การผสมสารเคมี และการกำจัดภาชนะบรรจุอย่างปลอดภัย เพื่อให้เกษตรกรมีความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องในการป้องกันตนเอง

2.2 Increasing Risk Perception (การสร้างการรับรู้ความเสี่ยง) หมายถึง การส่งเสริมให้เกษตรกรตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของผลกระทบจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กรณีศึกษา และการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล

2.3 Keeping Self-Protection Skills (การพัฒนาทักษะการป้องกันตนเอง) หมายถึง การส่งเสริมการฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) อย่างถูกต้อง การผสมสารเคมีอย่างปลอดภัย การฉีดพ่นตามหลักวิชาการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการลดการสัมผัสสารเคมีในชีวิตประจำวัน

2.4 Health Social Support (การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม) หมายถึง การส่งเสริมบทบาทของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน กลุ่มเกษตรกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการให้คำแนะนำ ติดตาม สนับสนุน และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

2.5 Organization & Community Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน) หมายถึง การเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน กำหนดมาตรการ และติดตามผลการดำเนินงาน เช่น การจัดทำข้อตกลงชุมชน การจัดตั้งกลุ่มเกษตรกรต้นแบบ และการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากสารเคมีในพื้นที่

2.6 Monitoring and Evaluation (การติดตามและประเมินผล) หมายถึง การพัฒนาระบบติดตามพฤติกรรมการใช้สารเคมี การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ การตรวจคัดกรองสุขภาพเกษตรกร และการสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาพฤติกรรมอย่างยั่งยืนรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ



ภาพที่ 1 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.93 คะแนน (95%CI=5.76-6.10) การรับรู้ความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.07 คะแนน (95%CI=4.89-5.23) การรับรู้ความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.83 คะแนน (95%CI=5.66-6.00) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 6.00 คะแนน (95%CI=5.90-8.23) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.43 คะแนน (95%CI=5.27-5.65) แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 10.20 คะแนน (95%CI=5.04-6.17) การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 9.01 คะแนน (95%CI=8.86-9.37) และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 15.17 คะแนน (95%CI=14.99-15.33) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังการทดลอง

การดูแลระยะยาวฯ	ก่อน (n=30) $\bar{x}$ (SD)	หลัง (n=30) $\bar{x}$ (SD)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เรื่องสารเคมี	7.50(1.04)	13.43(1.00)	5.93	5.76-6.10	72.254	<0.001**
การรับรู้ความเสี่ยง	8.00(0.74)	13.07(0.78)	5.07	4.89-5.23	61.700	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรง	7.97(0.71)	13.80(0.96)	5.83	5.66-6.00	69.286	<0.001**
การรับรู้ประโยชน์	7.97(0.71)	13.97(0.76)	6.00	5.90-8.23	125.139	<0.001**
การรับรู้อุปสรรค	5.33(0.57)	11.00(0.74)	5.43	5.27-5.65	59.009	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	15.70(1.29)	25.90(1.60)	10.20	10.04-10.35	137.321	<0.001**
การรับรู้ความสามารถฯ	16.82(1.28)	25.83(1.59)	9.01	8.86-9.37	128.262	<0.001**
พฤติกรรม	24.70(1.29)	39.87(1.65)	15.17	14.99-15.33	180.146	<0.001**

**p-value<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมซอยกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[22] ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลัก PAOR จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ผ่านการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในพื้นที่ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตามผล และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีความเป็นระบบ และสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ครอบคลุมมิติสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทั้งด้านความรู้ การรับรู้ ความตระหนัก แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องปลอดภัย โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การติดตามประเมินผล และการสะท้อนผลจากการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวิรยา วิฑูธีรศานต์ และคณะ[18] ศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจากระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสสูงถึงร้อยละ 73.63 และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่สวมถุงมือยาง ไม่อ่านฉลาก และไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าหลังฉีดพ่นสารเคมี หลังการพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมและการใช้ผลวิเคราะห์ SWOT ชุมชนมีความตระหนักและความสามารถในการถ่ายทอด

ความรู้เพิ่มขึ้น สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงและเสริมสร้างการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างเหมาะสม เจริญชัย หมื่นห่อ และบุญรอด ดอนประเพ็ง (2563) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการลดการสัมผัสสารเคมีปราบศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกร: กรณีศึกษากลุ่มผู้ปลูกยาสูบบ้านนายอ ตำบลนางาม อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีในระดับสูง แต่ผลตรวจเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสก่อนดำเนินการยังอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจำนวนมาก หลังการพัฒนารูปแบบเกษตรกรสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการลดการสัมผัสสารเคมีในทุกขั้นตอนของการปลูกยาสูบได้ดีขึ้น และระดับความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีลดลง ขจรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง และพรสุข หุ่นนิรันดร์[10] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า หลังการใช้รูปแบบ 4 และ 6 สัปดาห์ เกษตรกรกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ศิริวรรณ ศรีน้อยขาว[9] ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ และคณะ[23] ศึกษาแนวทางการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร: บทบาทพยาบาลเชิงรุก ศึกษาเชิงทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านการป้องกันพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า การให้ความรู้เชิงรุกโดยพยาบาลเกี่ยวกับการเลือกใช้สารเคมีอย่างถูกต้อง การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การเก็บรักษาและทำลายภาชนะอย่างปลอดภัย รวมทั้งการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อรักษา สามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ณัฐนันท์ สูตรสุวรรณ[24] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการลดพฤติกรรมการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเกษตรกรที่ปลูกต้นหอม ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนร่วมกัน การอบรมให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกัน การรณรงค์ลดการใช้สารเคมี และการจัดแปลงสาธิตเกษตรอินทรีย์ พบว่า หลังดำเนินโปรแกรม เกษตรกรมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ภัทรภร แคว้นคอนฉิม[17] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า หลังการใช้รูปแบบเกษตรกรมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลตรวจระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความเสี่ยงทางสุขภาพและเสริมสร้างความปลอดภัยให้แก่เกษตรกรได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืชที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยของเกษตรกรอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ

1.2 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการติดตาม สนับสนุน และเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างต่อเนื่อง

1.3 ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลด้านสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันและลดผลกระทบจากการสัมผัสสารเคมีในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลลัพธ์ทางชีวภาพหรือผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด หรืออาการผิดปกติจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชร่วมด้วย

2.2 ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังสิ้นสุดโครงการ

2.3 ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่หรือกลุ่มเกษตรกรที่มีลักษณะการประกอบอาชีพแตกต่างกัน เพื่อทดสอบประสิทธิผลและความเหมาะสมของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรองความเสี่ยงการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต/คาร์บาเมตด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (เอกสารเผยแพร่). กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางเฝ้าระวังโรค/อาการสำคัญจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช และการจัดการความเสี่ยงในระบบบริการ (เอกสารเผยแพร่). กระทรวงสาธารณสุข.
3. กรมควบคุมโรค. (2568). แนวทางเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืชในชุมชนและกลุ่มอาชีพเสี่ยง (เอกสารเผยแพร่). กระทรวงสาธารณสุข.
4. จิตราภรณ์ อวนพรมมา. (2563). ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากฐานข้อมูลมาตรฐานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559–2561 (รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล/เอกสารวิชาการ).
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). รายงานสาธารณะ/รายงานการเปิดเผยข้อมูลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 (เอกสารเผยแพร่). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
6. อิสระภรณ์ หงษ์ทอง, และ อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. (2552). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลตรวจเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง จังหวัดศรีสะเกษ (รายงานวิจัย/บทความวิชาการ).
7. สุกัญญา เหล่าแค, และคณะ. (2567). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (รายงานวิจัย/บทความวิชาการ).
8. เนตรชนก เจริญสุข. (2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนาในอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 24(1), 91–101.
9. ศิริวรรณ ศรีน้อยขาว. (2566). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและการศึกษาสิ่งแวดล้อม, 8(4), (ระบุเลขหน้าในฉบับจริง).
10. ขจรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง, และ พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 7(5), 159–174.
11. วสันต์ หนองคาย. (2568). ประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่านนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 6(1), 75–83.

12. สมหญิง สิงห์ทอง, และ สมศักดิ์ อินทมาต. (2566). ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 46(2), 103–115.
13. ธนาศักดิ์ เปี่ยมสิน. (2564). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลไพรนกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
14. บุญเลี้ยง สุพิมพ์, และ อาจินต์ สงทับ. (2565). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร: การพัฒนา การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 15(1), 149–159.
15. เจริญชัย หมื่นห่อ, และ บุญรอด ดอนประเพ็ง. (2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการลดการสัมผัสสารเคมีปราบศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกร: กรณีศึกษากลุ่มผู้ปลูกยาสูบบ้านนายอ ตำบลนางาม อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. ศรีนครินทร์เวชสาร, 35(2), 210–216.
17. ภัทรภร แคว้นคอนฉิม. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(5), 828–839.
18. วิรยา วิฑูธีรศานต์, ณัจฉรียา คำยัง, จรินทร์ ย่นพันธ์, รุ่งกานต์ อินทวงศ์, และ ธนัญชัย บุญหนัก. (2566). การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยวิชาการ, 6(4), 29–46.
19. สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดศรีสะเกษ. (2567). ข้อมูลพื้นฐานด้านการเกษตรและบทวิเคราะห์สถานการณ์การเกษตรจังหวัดศรีสะเกษ (เอกสารเผยแพร่). กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ. (2568). สถิติจังหวัดศรีสะเกษ/รายงานสถิติที่เกี่ยวข้องกับประชากรและภาคเกษตร (เอกสารเผยแพร่). สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
21. กรมพัฒนาที่ดิน. (ม.ป.ป.). ข้อมูลทรัพยากรดิน/การใช้ประโยชน์ที่ดินของจังหวัดศรีสะเกษ (เอกสารเผยแพร่). กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.
22. Kemnis S, Mc Tagart R. The action research planner. Victoria: Deakin University; 1988.
23. ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ, และ รัตนากร เจริญกุล. (2568). แนวทางการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร: บทบาทพยาบาลเชิงรุก. วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 1(2), 47–61.
24. ณัฐนันท์ สูตรสุวรรณ. (2568). การพัฒนารูปแบบการลดพฤติกรรมการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเกษตรกรที่ปลูกต้นหอม ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย, 2(3), 1–12.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-June 2026

ปริมาณสารโลหะหนักตกค้างในผลิตภัณฑ์ผงมัทฉะที่จำหน่ายในประเทศไทย

Determination of heavy metal contents in commercial matcha powder sold in Thailand.

(Received: June 19,2026 ; Revised: June 22,2026 ; Accepted: June 25,2026)

รัสริณทร์ ด้วยเศียรเกล้า[1]
เอกราช บำรุงพืชน์[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณตะกั่ว สารหนู แคดเมียม อะลูมิเนียม และปรอท ในผงมัทฉะที่มียอดจำหน่ายสูงในประเทศไทยจำนวน 12 ตัวอย่าง โดยใช้เทคนิค ICP-MS และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการบริโภค ผลการศึกษาพบโลหะหนักทั้ง 5 ชนิดในทุกตัวอย่าง โดยอะลูมิเนียมมีความเข้มข้นสูงที่สุด (618,921.8 ± 159,760.4 ppb) และปรอทต่ำที่สุด (11.65 ± 4.93 ppb) การประเมินความเสี่ยงภายใต้สมมติฐานการบริโภคผงมัทฉะ 5 กรัมต่อวัน และน้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.57 กิโลกรัม พบว่าค่า Hazard Quotient (HQ) ของอะลูมิเนียม แคดเมียม และปรอท เท่ากับ 0.188, 0.0032 และ 0.0018 ตามลำดับ (HQ < 1) ขณะที่ค่า Margin of Exposure (MOE) ของสารหนูและตะกั่วเท่ากับ 801.4 และ 18.0 ตามลำดับ
คำสำคัญ: มัทฉะ, โลหะหนัก, ICP-MS, ความปลอดภัยอาหาร, ผงชาเขียว

Abstract

This study aimed to determine the concentrations of lead (Pb), arsenic (As), cadmium (Cd), aluminum (Al), and mercury (Hg) in 12 top-selling matcha powder products marketed in Thailand using Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS), and to assess the associated health risks from consumption. All five heavy metals were detected in every sample. Aluminum exhibited the highest mean concentration (618,921.8 ± 159,760.4 ppb), whereas mercury showed the lowest concentration (11.65 ± 4.93 ppb). Health risk assessment was conducted based on an assumed daily consumption of 5 g of matcha powder and an average body weight of 57.57 kg. The Hazard Quotient (HQ) values for aluminum, cadmium, and mercury were 0.188, 0.0032, and 0.0018, respectively, all below the safety threshold (HQ < 1). The Margin of Exposure (MOE) values for arsenic and lead were 801.4 and 18.0, respectively, indicating no significant health concern at the estimated exposure levels. These findings suggest that the levels of heavy metal contamination in matcha powder products available in Thailand are low, and that consumption under typical dietary patterns is unlikely to pose a significant health risk.
Keywords: Matcha, Heavy metals, ICP-MS, Food safety, Green tea powder

บทนำ

มัทฉะ (Matcha) เป็นผลิตภัณฑ์ที่มาจากพืชชาในสกุล Camellia sinensis ซึ่งได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศไทย ลักษณะเฉพาะของมัทฉะที่บริโภคเป็นผงบดละเอียดจากใบชาทั้งใบโดยไม่ผ่านกระบวนการสกัดด้วยน้ำเหมือนชาชนิดอื่น ทำให้มีโอกาสได้รับสารปนเปื้อนที่สะสมในใบชาสูงกว่าโดยเฉพาะโลหะหนักซึ่งเป็นสารปนเปื้อนที่น่ากังวลในผลิตภัณฑ์ชา โดยมัทฉะได้รับความนิยมทั้งในรูปแบบเครื่องดื่ม ขนมหวาน และผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพต่างๆ ความนิยมดังกล่าวมีรากฐานมาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุนประโยชน์ต่อสุขภาพหลายด้าน ได้แก่ ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระจากสาร catechins

[1] หลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาโภชนศาสตร์บูรณาการในเชิงสมุทัยเวชศาสตร์ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] หลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาโภชนศาสตร์บูรณาการในเชิงสมุทัยเวชศาสตร์ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ Corresponding author E-mail: abnutrition@yahoo.com

และ L-theanine รวมถึงผลต่อการควบคุมน้ำหนักและการลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง[1] งานวิจัยหลายชิ้นรายงานว่าการบริโภคมัทฉะสัมพันธ์กับการปรับปรุงการทำงานของสมองและความจำในผู้สูงอายุ[2,3] รวมถึงมีศักยภาพในการลดน้ำหนักและปรับปรุงองค์ประกอบของร่างกาย[4] และมีฤทธิ์ต้านการอักเสบและต้านมะเร็งในการศึกษาเบื้องต้น[5]

โลหะหนักหลายชนิด ได้แก่ ตะกั่ว (Lead; Pb), สารหนู (Arsenic; As), แคดเมียม (Cadmium; Cd), อะลูมิเนียม (Aluminum; Al) และปรอท (Mercury; Hg) ถูกจัดเป็นสารปนเปื้อนที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและมะเร็ง สามารถสะสมในอวัยวะสำคัญ เช่น ระบบประสาท ไต เลือด และตับ[6] องค์กรระดับสากลได้กำหนดกรอบมาตรฐานเพื่อควบคุมปริมาณโลหะหนักในอาหาร การศึกษาพบว่าโลหะหนักในผลิตภัณฑ์ชาเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การใช้ปุ๋ยมลพิษรอบสวนชา และเครื่องมือแปรรูป[7]

งานวิจัยในต่างประเทศที่ผ่านมาพบโลหะหนักในชาหลายชนิดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในใบชาและน้ำชง โดยอลูมิเนียมมักพบในปริมาณสูงที่สุดในใบชา[11,13,14] รองลงมาคือโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว แคดเมียม และสารหนู ซึ่งพบได้ทั้งในชาเขียว ชาดำ และชาอู่หลง[7,15,16] นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณโลหะหนักในใบชามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปริมาณในดินสวนชา[12] และใบแก่มีการสะสมโลหะหนักสูงกว่าใบอ่อน[11] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่ศึกษาในรูปแบบน้ำชง ซึ่งได้รับโลหะหนักเพียงส่วนที่ละลายออกมาเท่านั้น แตกต่างจากมัทฉะที่บริโภคในรูปผงทั้งใบ ทำให้ได้รับโลหะหนักในสัดส่วนที่สูงกว่า และยังไม่มีการศึกษาที่ตรวจโลหะหนักในผงมัทฉะโดยตรง

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในผงมัทฉะเชิงพาณิชย์ที่จำหน่ายในประเทศไทย และเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานความปลอดภัยทางอาหารสากล เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับโลหะหนักจากการบริโภค และสนับสนุนการพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังความปลอดภัยทางอาหาร

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยเชิงห้องปฏิบัติการแบบพรรณนา (Laboratory-based Descriptive Study) ใช้การตรวจและรายงานเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) ของตัวอย่างผลิตภัณฑ์ โดยไม่ใช้สัตว์ทดลองหรือมนุษย์เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

ผลิตภัณฑ์ผงมัทฉะบริสุทธิ์ 100% จำนวน 12 ตัวอย่าง คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) จากผลิตภัณฑ์ที่มียอดขายสูงในร้านค้าทั่วไปและออนไลน์ภายในประเทศไทย เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) เป็นผงมัทฉะบริสุทธิ์ไม่มีส่วนผสมอื่น (2) ระบุแหล่งที่มาและข้อมูลฉลากชัดเจน (3) ยังไม่หมดอายุ (4) มีจำหน่ายในไทยเกิน 1,000 ชิ้นต่อเดือน และ (5) บรรจุภัณฑ์สมบูรณ์

วัสดุอุปกรณ์และกระบวนการวิจัย

บันทึกข้อมูลผลิตภัณฑ์และเตรียมตัวอย่างตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการสำหรับการวิเคราะห์โลหะหนัก จากนั้นส่งตรวจสารโลหะหนักตกค้าง ได้แก่ Pb, As, Cd, Al และ Hg ด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS) ณ ศูนย์เครื่องมือวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [8,9] โดยตัวอย่างผงมัทฉะถูกทำให้เป็นเนื้อเดียวกันก่อนการเตรียมตัวอย่าง โดยชั่งตัวอย่างประมาณ 1 กรัม ใส่ในภาชนะย่อยตัวอย่าง จากนั้นเติมกรดไนตริกเข้มข้นและไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เพื่อย่อยสลายองค์ประกอบอินทรีย์ของตัวอย่างด้วยเครื่อง microwave digestion หลังการย่อย ตัวอย่างถูกปล่อยให้เย็นและปรับปริมาตรด้วยน้ำปราศจากไอออนในขวดวัดปริมาตร สารละลายที่ได้ถูกนำไปวิเคราะห์หาปริมาณธาตุด้วยเครื่อง ICP-MS

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลผลการทดลองแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean ± SD) จากการตรวจวิเคราะห์จำนวน 3 ครั้ง หน่วย Parts Per Billion (ppb) หรือไมโครกรัมต่อกิโลกรัม โดยการศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างผงมัทฉะ โดย

นำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± standard deviation) โดยไม่มีการเปรียบเทียบแต่ละตัวอย่าง

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการได้รับโลหะหนักดำเนินการโดยคำนวณค่าการได้รับสาร (Exposure) จากความเข้มข้นของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์ อัตราการบริโภค และน้ำหนักตัวของผู้บริโภค จากนั้นเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานอ้างอิงด้านสุขภาพ (Health-based Guidance Values) ตามแนวทางของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) และ คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญร่วมองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ/องค์การอนามัยโลกว่าด้วยวัตถุเจือปนอาหาร (Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives; JECFA) โดยคำนวณจากสมมติฐานการบริโภค 5 กรัมต่อวัน (35 กรัมต่อสัปดาห์) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยการบริโภคทั่วไปที่ 2–4 กรัมต่อแก้ว เพื่อสะท้อนสถานการณ์การบริโภคในระดับสูงและสูตรที่มีความเข้มข้นสูง ในการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอาหาร และคำนวณร่วมกับน้ำหนักตัวผู้ใหญ่ 57.57 กิโลกรัม

สำหรับตะกั่ว (Lead; Pb) ประเมินความเสี่ยงด้วยวิธี Margin of Exposure (MOE) โดยใช้ค่า Benchmark Dose Lower Confidence Limit สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพร้อยละ 10 (BMDL10) เท่ากับ 0.63 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน (µg/kg/day) คำนวณดังสมการ

MOE = BMDL10 / Exposure

โดยค่า MOE มากกว่า 1 แสดงว่าระดับการได้รับสารต่ำกว่าค่าที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ และถือว่ามีความเสี่ยงต่ำ

สำหรับสารหนู (Arsenic; As) ประเมินความเสี่ยงด้วยวิธี Margin of Exposure (MOE) เช่นเดียวกัน โดยใช้ค่า Benchmark Dose Lower Confidence Limit สำหรับความเสี่ยงการเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 (BMDL01) โดยเลือกใช้ค่าเท่ากับ 3.0 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน (µg/kg/day) คำนวณดังสมการ

MOE = BMDL01 / Exposure

โดยค่า MOE มากกว่า 1 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำ ในขณะที่ค่า MOE น้อยกว่า 1 อาจบ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวัง

สำหรับแคดเมียม (Cadmium; Cd) ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ค่า Provisional Tolerable Monthly Intake (PTMI) เท่ากับ 25 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อเดือน (µg/kg/month) และคำนวณค่า Hazard Quotient (HQ) ดังสมการ

HQ = Exposure / PTMI

สำหรับอะลูมิเนียม (Aluminum; Al) ใช้ค่า Provisional Tolerable Weekly Intake (PTWI) เท่ากับ 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อสัปดาห์ (mg/kg/week) โดยคำนวณค่า HQ ดังสมการ

HQ = Exposure / PTWI

สำหรับปรอท (Mercury; Hg) ใช้ค่า Provisional Tolerable Weekly Intake (PTWI) เท่ากับ 4 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อสัปดาห์ (µg/kg/week) และคำนวณค่า HQ ดังสมการ

HQ = Exposure / PTWI

การแปลผลค่า HQ ใช้เกณฑ์ HQ < 1 หมายถึงระดับการได้รับสารอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้และไม่น่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ส่วน HQ ≥ 1 หมายถึงอาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการได้รับสารดังกล่าว

โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าโครงการวิจัยดังกล่าวไม่เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

ตัวอย่างผงมัทฉะทั้ง 12 ตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาจากประเทศญี่ปุ่น (11 ตัวอย่าง) และผลิตในประเทศไทย 1 ตัวอย่าง ครอบคลุมตัวอย่างมัทฉะหลายระดับคุณภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลตัวอย่างที่ส่งตรวจ

รหัส	ประเทศแหล่งที่มาของมัทฉะ	ควรบริโภคก่อน	ระดับคุณภาพ
01	ญี่ปุ่น	19/12/26	Premium
02	ญี่ปุ่น	27/5/27	Premium
03	ญี่ปุ่น	15/2/26	Ceremonial
04	ญี่ปุ่น	6/2/26	Ceremonial
05	ญี่ปุ่น	24/2/26	Ceremonial
06	ญี่ปุ่น	5/2/26	Ceremonial
07	ไทย	21/11/27	Culinary
08	ญี่ปุ่น	15/12/26	Premium
09	ญี่ปุ่น	16/12/27	Ceremonial
10	ญี่ปุ่น	27/10/26	Culinary
11	ญี่ปุ่น	25/4/26	Ceremonial
12	ญี่ปุ่น	5/26	Ceremonial

ผลการวิเคราะห์ ICP-MS พบโลหะหนักทั้ง 5 ชนิดในทุกตัวอย่าง (ตารางที่ 2) อะลูมิเนียมมีค่าสูงที่สุดในทุกตัวอย่าง (ช่วง 340,149-796,597 ppb) รองลงมาคือตะกั่ว (184-1,041 ppb) สารหนู (20.43-196.88 ppb) แคดเมียม (17.38-110.94 ppb) และปรอท (6.33-22.74 ppb) ตามลำดับ ตัวอย่างที่ 9 มีค่าสารหนูและแคดเมียมสูงกว่าตัวอย่างอื่นอย่างเด่นชัด ขณะที่ตัวอย่างที่ 7 พบตะกั่วสูงที่สุด (1,041.54 ppb)

ตารางที่ 2 ความเข้มข้นของอะลูมิเนียมและโลหะหนัก (Al, As, Cd, Hg และ Pb) ในตัวอย่าง 12 ตัวอย่าง (n=12) วิเคราะห์ด้วยเทคนิค ICP-MS

รหัส	**Al**	**As**	**Cd**	**Hg**	**Pb**
1	643,283.7 ± 14,152.2	28.57 ± 2.03	24.24 ± 0.51	22.74 ± 0.36	286.48 ± 13.18
2	340,149.1 ± 9,524.2	20.89 ± 3.97	17.38 ± 0.21	14.69 ± 0.56	222.99 ± 1.78
3	719,639.9 ± 25,906.0	21.58 ± 1.60	23.93 ± 0.96	10.76 ± 0.86	268.11 ± 4.83
4	550,919.9 ± 23,690.6	22.08 ± 1.48	23.78 ± 1.26	17.87 ± 0.96	275.65 ± 20.12
5	738,602.7 ± 22,158.1	34.96 ± 2.31	24.28 ± 1.38	9.79 ± 0.50	297.88 ± 13.40
6	738,258.9 ± 11,073.9	26.70 ± 2.19	24.58 ± 1.40	10.92 ± 0.73	725.19 ± 26.11
7	493,990.1 ± 24,205.5	36.40 ± 2.77	22.35 ± 1.14	6.33 ± 0.89	1,041.54 ± 56.24
8	564,563.6 ± 13,549.5	20.43 ± 3.01	23.39 ± 1.36	7.51 ± 0.46	184.05 ± 10.31
9	796,597.0 ± 13,542.1	196.88 ± 5.32	110.94 ± 3.11	14.96 ± 0.22	584.97 ± 28.66
10	440,057.3 ± 22,442.9	63.03 ± 1.89	23.30 ± 1.42	11.26 ± 0.51	450.38 ± 26.57
11	632,136.5 ± 6,953.5	22.09 ± 2.61	18.22 ± 0.44	8.19 ± 0.69	205.76 ± 6.79
12	758,863.4 ± 16,695.0	23.54 ± 1.62	28.80 ± 1.32	8.74 ± 0.54	295.38 ± 12.70
เฉลี่ย	**618,921.8 ± 159,760.4**	**43.10 ± 49.16**	**30.60 ± 25.01**	**11.65 ± 4.93**	**403.53 ± 266.64**

หมายเหตุ: ปริมาณธาตุในผงมัทฉะ แสดงเป็นความเข้มข้น (Mean ± SD, µg/kg หรือ ppb)

ตารางที่ 3 การประเมินการได้รับสัมผัสและความเสี่ยงต่อสุขภาพของอะลูมิเนียมและโลหะหนักในผงมัทฉะ โดยใช้ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นจากตัวอย่างทั้งหมด (n = 12) ภายใต้สมมติฐานการบริโภค 5 กรัมต่อวัน และน้ำหนักตัว 57.57 กิโลกรัม

ธาตุ	ค่าเฉลี่ย (µg/kg)	ค่าการได้รับสัมผัส	วิธีประเมิน	ค่า MOE/HQ	การแปลผล
Al	618,921.8	53.75 µg/kg/day	HQ	0.188	อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้
As	43.10	0.00374 µg/kg/day	MOE	801.4	ความเสี่ยงต่ำ
Cd	30.60	0.00266 µg/kg/day	HQ	0.0032	อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้
Hg	11.65	0.00101 µg/kg/day	HQ	0.0018	อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้
Pb	403.53	0.03505 µg/kg/day	MOE	18.0	ความเสี่ยงต่ำ

สรุปและอภิปรายผล

อะลูมิเนียมเป็นธาตุที่ตรวจพบสูงที่สุดในทุกตัวอย่าง สอดคล้องกับธรรมชาติของพืชชา (Camellia sinensis) ที่สะสมอะลูมิเนียมจากดินกรดได้สูง[13,20] แม้ค่าที่พบ (340,000-796,597 ppb) จะสูง แต่เมื่อประเมินการได้รับสัมผัสภายใต้สมมติฐานการบริโภคผงมัทฉะ 5 กรัมต่อวัน พบว่าค่า Hazard Quotient (HQ) ของอะลูมิเนียมเท่ากับ 0.188 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ความปลอดภัย (HQ < 1) อย่างชัดเจน แสดงว่าการได้รับอะลูมิเนียมจากการบริโภคมัทฉะในระดับดังกล่าวยังอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานชาเขียวในจีน[13]

ตะกั่วมีช่วงความเข้มข้นกว้าง (184-1,041 ppb) โดยตัวอย่างที่ 7 (มัทฉะผลิตในไทย) และตัวอย่างที่ 6 มีค่าสูงที่สุด ซึ่งอาจสะท้อนความแตกต่างของแหล่งเพาะปลูกหรือสิ่งแวดล้อมทางการเกษตร[7,18] เมื่อประเมินความเสี่ยงด้วยวิธี Margin of Exposure (MOE) พบว่าค่า MOE เท่ากับ 18.0 ซึ่งสูงกว่า 1 แสดงว่าการได้รับตะกั่วจากการบริโภคมัทฉะในปริมาณดังกล่าวยังต่ำกว่าค่า Benchmark Dose Lower Confidence Limit (BMDL10) และอยู่ในระดับที่ไม่น่าก่อให้เกิดความกังวลด้านสุขภาพ แต่ตะกั่วจัดเป็นสารพิษสะสมที่ไม่มีระดับปลอดภัยแน่นอน การได้รับต่อเนื่องอาจส่งผลต่อระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด[6,18]

เมื่อพิจารณาตามระดับคุณภาพของมัทฉะ พบว่าตัวอย่างระดับคุณภาพ Culinary (ตัวอย่างที่ 7 และ 10) มีแนวโน้มมีปริมาณตะกั่วสูงกว่าระดับคุณภาพ Ceremonial และ Premium โดยเฉพาะตัวอย่างที่ 7 ซึ่งมีค่าตะกั่วสูงสุด (1,041.54 ppb) ซึ่งสอดคล้องกับที่ทราบกันดีว่ามัทฉะระดับคุณภาพ Culinary ผลิตจากใบชาที่เก็บเกี่ยวในช่วงปลายฤดู มีอายุใบมากกว่า ซึ่งงานวิจัยพบว่าใบแก่มีการสะสมโลหะหนักสูงกว่าใบอ่อน[11] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีตัวอย่างในแต่ละระดับคุณภาพจำนวนน้อย จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าระดับคุณภาพเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดปริมาณโลหะหนัก

ตัวอย่างที่ 7 ซึ่งเป็นมัทฉะที่ผลิตในประเทศไทยเพียงตัวอย่างเดียวในการศึกษานี้ มีค่าตะกั่วสูงที่สุด (1,041.54 ppb) และเป็นระดับคุณภาพ Culinary ซึ่งอาจสะท้อนความแตกต่างของสภาพดินและสิ่งแวดล้อมการเพาะปลูกในประเทศไทยเมื่อเทียบกับญี่ปุ่น โดยการเพาะปลูกชาในไทยอาจได้รับผลกระทบจากมลพิษทางการเกษตรหรืออุตสาหกรรมในพื้นที่ใกล้เคียงมากกว่า[7,18] ทั้งนี้ เนื่องจากมีตัวอย่างจากไทยเพียงหนึ่งตัวอย่าง จึงยังไม่สามารถสรุปเป็นข้อสรุปทั่วไปได้ และควรมีการศึกษาในมัทฉะที่ผลิตในประเทศไทยเพิ่มเติมในอนาคต

ตัวอย่างที่ 9 มีค่าสารหนูและแคดเมียมสูงผิดปกติ (196.88 และ 110.94 ppb ตามลำดับ) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสภาพดินหรือแหล่งน้ำใต้ดิน[19] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะเป็นค่าที่สูงที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง แต่เมื่อประเมินความเสี่ยงพบว่าค่า MOE ของสารหนูเท่ากับ 801.4 และค่า HQ ของแคดเมียมเท่ากับ 0.0032 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ปลอดภัยและต่ำกว่าค่าที่ก่อให้เกิดความกังวลด้านสุขภาพ แต่แคดเมียมมี

ครึ่งชีวิตในร่างกายยาวนาน 10-30 ปี[21,22] การสะสมในระยะยาวจึงควรได้รับการเฝ้าระวัง

ปรอทพบในระดับต่ำที่สุด (6.33-22.74 ppb) และมีค่า HQ เพียง 0.0018 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ความปลอดภัยอย่างมาก แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงจากการได้รับปรอทผ่านการบริโภคมัทฉะอยู่ในระดับต่ำมาก การค้นคว้าไม่พบการศึกษาที่ตรวจโลหะหนักในผงมัทฉะโดยตรง แต่ผลที่ได้สอดคล้องกับแนวโน้มที่พบในชาเขียวชนิดอื่นในต่างประเทศ ซึ่งพบอะลูมิเนียมสูงสุด ตามด้วยโลหะหนักอื่น[8,9,10] ทั้งนี้ มัทฉะถูกบริโภคในรูปผงทั้งใบ ทำให้ได้รับโลหะหนักมากกว่าการดื่มน้ำชงทั่วไป[12] จึงควรคำนึงถึงการได้รับสะสมร่วมกับแหล่งอาหารอื่นในชีวิตประจำวัน

จากการประเมินการได้รับสัมผัสภายใต้สมมติฐานการบริโภคผงมัทฉะ 5 กรัมต่อวัน และน้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.57 กิโลกรัม พบว่าอะลูมิเนียมเป็นธาตุที่มีการได้รับสัมผัสสูงที่สุด แต่ยังมีค่า HQ เพียง 0.188 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ความปลอดภัยอย่างชัดเจน ขณะที่สารหนูและตะกั่วมีค่า MOE เท่ากับ 801.4 และ 18.0 ตามลำดับ ส่วนแคดเมียมและปรอทมีค่า HQ เท่ากับ 0.0032 และ 0.0018 ตามลำดับ สะท้อนว่าการได้รับสัมผัสจากการบริโภคผงมัทฉะในปริมาณดังกล่าวยังอยู่ในระดับต่ำและไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพในระยะสั้น

เมื่อเปรียบเทียบค่าความเข้มข้นที่ตรวจพบกับมาตรฐานสากล พบว่าทุกตัวอย่างมีปริมาณตะกั่วและแคดเมียมต่ำกว่าค่าจำกัดสูงสุดที่กำหนดโดย Codex Alimentarius และสหภาพยุโรปสำหรับผลิตภัณฑ์พืชและผักใบเขียว นอกจากนี้ ผลการประเมินความเสี่ยงยังแสดงให้เห็นว่าค่าการได้รับสัมผัสของทุกธาตุอยู่ต่ำกว่าค่ามาตรฐานอ้างอิงด้านสุขภาพ ทั้งในรูปแบบ PTWI, PTMI และ BMDL อย่างไรก็ตาม มาตรฐานที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้กำหนดขึ้นเฉพาะสำหรับผลิตภัณฑ์ผงชาและมัทฉะ ซึ่งบริโภคทั้งใบชาในรูปผงละเอียด ทำให้มีโอกาสได้รับโลหะหนักมากกว่าการดื่มน้ำชาที่ผ่านการชงและกรองกากออก[12] จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อกำหนดค่ามาตรฐานเฉพาะสำหรับผลิตภัณฑ์มัทฉะในอนาคต

การควบคุมปริมาณโลหะหนักในอาหารของประเทศไทยอยู่ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 414) พ.ศ. 2563[23] ซึ่งกำหนดค่าปริมาณสูงสุด (maximum limits; MLs) ของสารปนเปื้อนในอาหารแต่ละประเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคและควบคุมคุณภาพอาหารในเชิงกฎหมาย มาตรฐานดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางสากลของ Codex Alimentarius และมีการกำหนดเกณฑ์แตกต่างกันตามชนิดอาหาร เช่น ชาแห้งและผลิตภัณฑ์จากพืช สำหรับสารหนู (As), ตะกั่ว (Pb), แคดเมียม (Cd) และปรอท (Hg) ขณะที่อะลูมิเนียม (Al) ยังไม่มีการกำหนดค่าในเกณฑ์ดังกล่าว

เมื่อเปรียบเทียบค่าความเข้มข้นของโลหะหนักในผงมัทฉะจากการศึกษานี้กับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สารหนู (As) และแคดเมียม (Cd) มีค่าความเข้มข้นอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดในทุกตัวอย่าง โดยมีปริมาณต่ำกว่าค่ามาตรฐานสำหรับชาอย่างมาก

ในส่วนของ ตะกั่ว (Pb) พบว่ามีค่าความเข้มข้นเกินเกณฑ์มาตรฐานสำหรับชา (≤ 0.5 mg/kg) ในบางตัวอย่าง ได้แก่ ตัวอย่างที่ 6, 7 และ 9 โดยมีค่า 0.725, 1.042 และ 0.585 mg/kg ตามลำดับ ขณะที่ตัวอย่างอื่นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับ ปรอท (Hg) พบว่าค่าความเข้มข้นส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับอาหารทั่วไป (≤ 0.02 mg/kg) โดยมีเพียงตัวอย่างที่ 1 (0.0227 mg/kg) ที่เกินเกณฑ์เล็กน้อย การพบค่าตะกั่วและปรอทที่เกินเกณฑ์ในบางตัวอย่างสะท้อนถึงความแปรปรวนของแหล่งวัตถุดิบหรือสภาพแวดล้อมการผลิต จึงควรมีการเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การประเมินความปลอดภัยควรพิจารณาร่วมกับข้อมูลการบริโภคและเกณฑ์เชิงพิษวิทยาต่างๆ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในระยะยาวอย่างครอบคลุม

การประเมินความเสี่ยงในการศึกษานี้อ้างอิงจากสมมติฐานการบริโภค 5 กรัมต่อวัน ซึ่งอาจไม่สะท้อนพฤติกรรมการบริโภคจริงของกลุ่มผู้บริโภคมัทฉะในประเทศไทยได้ครบถ้วน โดยการ

บริโภคในระดับประมาณ 5 กรัมต่อวัน ซึ่งเป็นค่าที่ใช้ในการประเมินแบบเชิงอนุรักษ์นิยม ยังให้ปริมาณการได้รับโลหะหนักต่ำกว่าค่า มาตรฐาน สะท้อนว่าการบริโภคในระดับดังกล่าวมีความปลอดภัยในภาพรวม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ ผู้บริโภคส่วนใหญ่มักบริโภคในช่วง 2–4 กรัมต่อวัน ซึ่งมีแนวโน้มได้รับโลหะหนักในระดับที่ต่ำกว่า

ในเชิงการประยุกต์ใช้ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการให้คำแนะนำด้านสาธารณสุข โดยแนะนำให้บริโภคผงมัทฉะในปริมาณที่เหมาะสม ไม่เกิน 1–2 แก้วต่อวัน และควรหลีกเลี่ยงการบริโภคในปริมาณสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บริโภคที่เลือกผลิตภัณฑ์ที่มีความเข้มข้นสูง นอกจากนี้ ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคำแนะนำเชิงนโยบายหรือแนวทางกำกับดูแลด้านความปลอดภัยอาหารสำหรับผลิตภัณฑ์ชาในประเทศไทยในอนาคต

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ยืนยันสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผงมัทฉะที่จำหน่ายในประเทศไทยมีการปนเปื้อนอะลูมิเนียมและโลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว (Pb) สารหนู (As) แคดเมียม (Cd) และปรอท (Hg) ในระดับต่ำ แม้ว่าจะตรวจพบธาตุทั้ง 5 ชนิดในทุกตัวอย่างที่ศึกษา แต่เมื่อประเมินความเสี่ยงภายใต้สมมติฐานการบริโภคผงมัทฉะ 5 กรัมต่อวัน และน้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.57 กิโลกรัม พบว่าค่า Hazard Quotient (HQ) ของอะลูมิเนียม แคดเมียม และปรอท มีค่าน้อยกว่า 1 อย่างชัดเจน ขณะที่ค่า Margin of Exposure (MOE) ของสารหนูและตะกั่วมีค่ามากกว่า 1 โดยค่า MOE ของสารหนูและตะกั่วเท่ากับ 801.4 และ 18.0 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าระดับการได้รับสัมผัสของโลหะหนักทุกชนิดต่ำกว่าค่ามาตรฐานอ้างอิงด้านสุขภาพ และอยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดความกังวลต่อสุขภาพภายใต้รูปแบบการบริโภคดังกล่าว ดังนั้น ผลิตภัณฑ์ผงมัทฉะที่จำหน่ายในประเทศไทยโดยรวมจึงมีความปลอดภัยต่อการบริโภคในระดับปกติ

อย่างไรก็ตาม แม้การประเมินความเสี่ยงในปัจจุบันจะแสดงให้เห็นว่าการได้รับสัมผัสโลหะหนักจากผงมัทฉะอยู่ในระดับต่ำ แต่โลหะหนักบางชนิด เช่น ตะกั่ว แคดเมียม และสารหนู มีคุณสมบัติสะสมในร่างกายและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพเมื่อได้รับเป็นเวลานานจากหลายแหล่งอาหารร่วมกัน ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตการเก็บตัวอย่างให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์จากแหล่งผลิตที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงมัทฉะจากประเทศจีน เกาหลี และประเทศไทย เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างด้านการปนเปื้อนระหว่างแหล่งผลิตได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำระบบเฝ้าระวังการปนเปื้อนโลหะหนักในผลิตภัณฑ์ชาและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความไวต่อผลกระทบจากโลหะหนัก เช่น ผู้ป่วยโรคไต สตรีมีครรภ์ และเด็ก เพื่อสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภคและความปลอดภัยทางอาหารในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Kochman J, Jakubczyk K, Antoniewicz J, Mruk H, Janda K.(2020). Health benefits and chemical composition of matcha green tea: a review. Molecules. 2020;26(1):85. https://doi.org/10.3390/molecules26010085
2. Sakurai K, Shen C, Ezaki Y, Inamura N, Fukushima Y, Masuoka N, et al.(2020). Effects of matcha green tea powder on cognitive functions of community-dwelling elderly individuals. Nutrients. 2020;12(12):3639. https://doi.org/10.3390/nu12123639
3. Uchida K, Meno K, Korenaga T, Liu S, Suzuki H, Baba Y, et al.(2024). Effect of matcha green tea on cognitive functions and sleep quality in older adults with cognitive decline: A randomized controlled study over 12 months. PLoS One. 2024;19(8):e0309287. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309287
4. El-Elimat T, Qasem WM, Al-Sawalha NA, AbuAlSamen MM, Munaiem RT, Al-Qiam R, et al.(2022). A prospective non-randomized open-label comparative study of the effects of matcha tea on overweight and obese

individuals: a pilot observational study. Plant Foods Hum Nutr. 2022;77(3):447-454. https://doi.org/10.1007/s11130-022-00998-9

5. Sokary S, Al-Asmakh M, Zakaria Z, Bawadi H.(2023). The therapeutic potential of matcha tea: a critical review on human and animal studies. Curr Res Food Sci. 2023;6:100396. https://doi.org/10.1016/j.crfs.2022.11.015
6. Jomova K, Alomar SY, Nepovimova E, Kuca K, Valko M.(2025). Heavy metals: toxicity and human health effects. Arch Toxicol. 2025;99(1):153-209. https://doi.org/10.1007/s00204-024-03903-2
7. Hu C, Zhang X, Zhan N, Liu Y.(2023). Current Status and Health Risk Assessment of Heavy Metals Contamination in Tea across China. Toxics. 2023;11(8):662. https://doi.org/10.3390/toxics11080662
8. He S, Niu Y, Xing L, Liang Z, Song X, Ding M, et al.(2024). Research progress of the detection and analysis methods of heavy metals in plants. Front Plant Sci. 2024;15:1310328. https://doi.org/10.3389/fpls.2024.1310328
9. El-Saeed M, Tawfik W, Khalil AAI, Fikry M.(2024). Detection of heavy metal elements by using advanced optical techniques. J Egypt Soc Basic Sci Phys. 2024;1(1):97-125. doi:10.21608/jesbsp.2024.255191.1002.
10. World Health Organization (WHO).(2021). Evaluation of certain contaminants in food: eighty-third report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives. WHO Technical Report Series No. 1002. Geneva: World Health Organization; 2021.
11. Zaman F, Khattak WA, Ihtisham M, Ilyas M, Ali A, Ali A, et al.(2024). Assessing the health risks of heavy metals and seasonal minerals fluctuations in Camellia sinensis cultivars during their growth seasons. Food Chem Toxicol. 2024;187:114586. https://doi.org/10.1016/j.fct.2024.114586
12. Chang Y, Jiang F, Peñuelas J, Sardans J, Wu Z.(2024). Assessment of heavy metals in tea plantation soil and their uptake by Tieguanyin tea leaves and potential health risk assessment in Anxi County in Southeast China. Agriculture. 2024;14(11):1907. https://doi.org/10.3390/agriculture14111907
13. Li L, Fu QL, Achal V, Liu Y.(2015). A comparison of the potential health risk of aluminum and heavy metals in tea leaves and tea infusion of commercially available green tea in Jiangxi, China. Environ Monit Assess. 2015;187(5):228. https://doi.org/10.1007/s10661-015-4445-2
14. Fan J, Wang S, Gong L, Ren R, Jin Q.(2025). Occurrence, exposure and health risk assessment of heavy metals in green tea samples cultivated in Hangzhou area. Sci Rep. 2025;15:19405. https://doi.org/10.1038/s41598-024-84287-2
15. Yi Z, Liang Y, Qiu Q, Xu K, Wang K, Wu Y, et al.(2024). The heavy metal pollution status and health risks associated with 50 tea samples marketed in Guangzhou, China. Res Sq [Preprint]. 2024 Jul 25. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4674120/v1.
16. Keerthi K, Lohith EA, Vasantha T, Kumar KS, Jyothi NVV.(2024). Determination of heavy metals concentration in commercial green tea samples by using inductively coupled plasma optical emission spectrometer (ICP-OES). Res J Chem Environ. 2024;28(4):1-6. https://doi.org/10.25303/284rjce0106
17. Hamza A, Bahaffi SO, Abduljabbar TN, El-Shahawi MS.(2020). Trace determination and speciation of elements in green tea. Results Chem. 2021;3:100081. https://doi.org/10.1016/j.rechem.2020.100081
18. EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM).(2010). Scientific opinion on lead in food. EFSA J. 2010;8(4):1570. https://doi.org/10.2903/j.efsa.2010.1570
19. Proshad R, Idris AM.(2023). Evaluation of heavy metals contamination in cereals, vegetables and fruits with probabilistic health hazard in a highly polluted megacity. Environ Sci Pollut Res Int. 2023;30(32):79525-79550. https://doi.org/10.1007/s11356-023-27977-0
20. Ibrahim N. Tarawneh* INT.(2022). Health-risk Assessment and Evaluation of Different Metals in Different Tea Products Consumed in Jordan Using ICP-MS and ICP-OES. jjc [Internet]. 2022Jul.26 [cited 2026Mar.5];17(2):71-83. Available from: https://jjc.yu.edu.jo/index.php/jjc/article/view/571

21. Goering PL, Waalkes MP, Klaassen CD.(1995). Toxicology of cadmium. In: Goyer RA, Cherian MG, editors. Toxicology of metals: biochemical aspects. Berlin: Springer-Verlag; 1995. p. 189-214
22. Nordberg GF, Nogawa K, Nordberg M. Cadmium. In: Nordberg GF, Fowler BA, Nordberg M, editors.(2015). Handbook on the toxicology of metals. 4th ed. Amsterdam: Academic Press; 2015. p. 667-716.
23. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 414) พ.ศ. 2563 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน. ราชกิจจานุเบกษา. 2563;137(ตอนพิเศษ 118 ง):17-23.

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Development of a Community Nursing Guideline for Integrated Community-Based Care and Rehabilitation of Psychiatric Patients in the Primary Health Care System.

(Received: June 20,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 26,2026)

ชัญญ์รัชต์ หยกกชพันธ์งาม[1] รานี แสงจันทร์นวล[2]
Chanyarat Yokgochaphanngam[1] Ranee Sangchannual[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 42 คน แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทาง และระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลแนวทางที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินการมีส่วนร่วม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หลังการดำเนินการ ผู้ป่วยมีคะแนนการดูแลตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูง และความพึงพอใจต่อแนวทางอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพยาบาลชุมชน, ผู้ป่วยจิตเวช, การดูแลแบบบูรณาการ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a nursing care guideline for the rehabilitation of patients with mental illness through an integrated community-based approach within the primary healthcare system. The study participants included key stakeholders in the community: professional nurses, public health officers, village health volunteers, community leaders, patients with mental illness, and caregivers, with a total of 42 participants. The study was conducted in two phases: Phase 1 involved situational analysis and guideline development, and Phase 2 involved implementation and evaluation of the developed guideline. Research instruments included semi-structured interviews, participation assessment forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results indicated that the developed guideline consisted of comprehensive patient assessment, individualized care planning, home visits, continuous follow-up, and family and community participation. After

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author: Ranee Sangchannual
Email: ranee.san@neu.ac.th

implementation, patients showed significantly improved scores in self-care, medication adherence, and relapse prevention ($p < 0.001$). Community participation was at a high level, and overall satisfaction with the guideline was rated as high.

Keywords: Community nursing, Psychiatric patients, Integrated care, Primary health care system

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำรงชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และสังคม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าโรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะโรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในชุมชน[1] สถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิตรายงานว่าในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการมากกว่า 2.7 ล้านคน โดยร้อยละ 19.14 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และปัญหาความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตเวชและยาเสพติด[2] นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังรายงานว่า ประเทศไทยมีทรัพยากรด้านจิตเวชจำกัดเมื่อเทียบกับภาระโรค โดยมีจำนวนเตียงจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตประมาณ 4,500 เตียงทั่วประเทศ สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อลดการพึ่งพาบริการระดับตติยภูมิ[3]

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีประชากรมากที่สุดของประเทศ มีลักษณะเฉพาะด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ยึดโยงกับครอบครัว เครือญาติ และชุมชน อย่างไรก็ตาม ภูมิภาคดังกล่าวยังเผชิญปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ การย้ายถิ่นแรงงาน ความยากจน และปัญหาการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จึงจำเป็นต้องอาศัยกลไกชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นฐานสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง[4] จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง จากข้อมูลระบบบริการสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มโรคจิตเภท ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อป้องกันการขาดยาและการกลับเป็นซ้ำของอาการ[5] แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการบูรณาการบริการสุขภาพจิตสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ไม่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เป็นระบบ และข้อจำกัดด้านศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดการติดตามรักษา ขาดยา และกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ[6,7]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Mental health care) เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน ลดการพึ่งพาบริการระดับโรงพยาบาล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีผลทำให้สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของพรทิพย์ มาลาธรรม และศิริลักษณ์ จุลพงษ์ (2564)[8] พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการรับประทานยาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิผล และการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ (2566)[9] ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของอาการและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)[10] ยังได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centred approach) และคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน โดยสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ พัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการตีตราและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างเท่าเทียม[10]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน การประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่ยังไม่เป็นระบบ และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายยังขาดการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดการกลับเป็นซ้ำของอาการ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลที่มีความต่อเนื่อง มีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนอย่างยั่งยืน[6]

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ ทั้งในด้านการประเมินปัญหา การจัดการรายกรณี การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การเสริมพลังครอบครัว และการประสานเครือข่ายการดูแลในชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังขาดแนวทางการพยาบาลที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[11] ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงานแบบวงจรหมุนวน (Spiral Process) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[11] การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2569 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และอาศัยอยู่ในชุมชน

ตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)[12] โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทและประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และการพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 19 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในระยะนี้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และร่วมออกแบบแนวทางการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา จำนวน 5 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพรวมถึงบุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมดำเนินการตามแนวทาง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน โดยดำเนินการทดลองใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน และบุคลากรสุขภาพหรือภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยผู้เข้าร่วมทุกคนสมัครใจและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง ย้ายออกจากพื้นที่ศึกษา หรือขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[11] ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 10 ข้อ ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยกระบวนการประเมินปัญหา การวางแผนการดูแล การเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการส่งต่อในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff[13] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–100 คะแนน โดยแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (20.00–46.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (46.67–73.33 คะแนน) และระดับสูง (73.34–100.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยแปลผลตามเกณฑ์ของ Best[14] ได้แก่ 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.51–2.50 หมายถึง ระดับน้อย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมาก และ 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการวิจัย ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability Testing) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Planning) ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางและนำไปใช้ (Action) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากนั้นนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลในพื้นที่ศึกษา โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง และการประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ

ระยะที่ 3 การติดตาม ประเมินผล และสะท้อนผล (Observation and reflection) ผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวทาง รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อค้นพบมาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Krippendorff (1) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล สร้างประเด็นหลัก และสรุปสาระสำคัญ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เลขที่รับรอง 94/2568 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล และผลลัพธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะการพัฒนาแนวทาง พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 30 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 19 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 คน และผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 63.3) รองลงมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ

16.7) ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 10.0) พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 6.7) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีบทบาทสำคัญในการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการพยาบาลแบบบูรณาการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา

ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการดำเนินการ ผลการประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ทุกด้านหลังการดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ Mean ± SD	หลังดำเนินการ Mean ± SD	Mean Difference	t	*p*-value
การรับประทานยาต่อเนื่อง	2.61 ± 0.42	4.32 ± 0.38	1.71	12.45	<0.001
การดูแลตนเอง	2.74 ± 0.51	4.18 ± 0.44	1.44	10.92	<0.001
การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	2.58 ± 0.49	4.25 ± 0.40	1.67	11.76	<0.001
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	2.89 ± 0.47	4.40 ± 0.36	1.51	13.08	<0.001

ผลด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการประเมินด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนภายหลังการดำเนินงาน พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.27, SD = 0.40) สะท้อนให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการร่วมดำเนินงานดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการเยี่ยมบ้านร่วมทีมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.36, SD = 0.36) รองลงมา ได้แก่ การติดตามผู้ป่วย (Mean = 4.31, SD = 0.41) การสนับสนุนครอบครัว (Mean = 4.28, SD = 0.39) และการส่งต่อข้อมูลสุขภาพ (Mean = 4.15, SD = 0.44) ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทั้งครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ที่สามารถทำงานร่วมกันในการติดตามเยี่ยมบ้าน สนับสนุนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนประสานและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ มากยิ่งขึ้น อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างยั่งยืน

ผลด้านความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, SD = 0.38) แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับจากผู้ใช้แนวทาง และมีความเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยมี

คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.40, SD = 0.35) รองลงมา ได้แก่ ความเหมาะสมของแนวทาง (Mean = 4.35, SD = 0.37) การประสานงานในชุมชน (Mean = 4.30, SD = 0.38) และความง่ายในการนำไปใช้ (Mean = 4.22, SD = 0.41) ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาสะท้อนว่าแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้แนวทางดังกล่าวยังช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช สนับสนุนการประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และสะท้อนถึงศักยภาพของแนวทางในการขยายผลสู่การปฏิบัติในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน ผลการวิจัยพบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้านเชิงรุก การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสะท้อนการบูรณาการงานพยาบาลชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ[8] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้ทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษาและลดการกลับเป็นซ้ำของอาการอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลชุมชนในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวิเศษ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ[6] ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของ อสม. และครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของการพัฒนาแนวทางที่เน้น “เครือข่ายชุมชนเป็นฐาน” (Community-based network)

2. ผลของแนวทางต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินการ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง การดูแลตนเอง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกพร วงศ์ชัย และอภิญญา สุวรรณศรี[7] ที่พบว่าการขาดการติดตามต่อเนื่องในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และเมื่อมีระบบติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการขาดยาและลดการกำเริบของอาการได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ[9] พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาล ครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีขึ้นและลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผลการวิจัยนี้สะท้อนว่า “การติดตามต่อเนื่องในระดับชุมชน” เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

3. ผลด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะ อสม. และผู้นำชุมชนมีบทบาทเด่นในการติดตามเยี่ยมบ้านและสนับสนุนการรับประทานยา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ[8] ที่พบว่าการเสริมบทบาท อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลด

ปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี ศรีบุญเรือง และคณะ[15] ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาว นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ สุขเกษม[16] ยังพบว่าการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อและลดความแออัดในโรงพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยนี้จึงยืนยันว่า “ชุมชนมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ร่วมดูแล (Co-Caregiver)” ไม่ใช่เพียงผู้สนับสนุน

4. ผลด้านความพึงพอใจต่อแนวทาง ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อแนวทางอยู่ในระดับมาก โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่าแนวทางมีความชัดเจน ใช้งานง่าย และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ ทองสลับ และคณะ[17] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากลดความซ้ำซ้อนของระบบงานและเพิ่มการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณพร แก้วมณี[18] ที่พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการในชุมชนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. ควรนำแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน ไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2. ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การประเมินอาการ การติดตามการใช้ยา และการเฝ้าระวังการกำเริบของอาการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3. ควรสนับสนุนให้มีระบบการเยี่ยมบ้านและการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Study) หรือกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการดูแลแบบเดิมในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสามารถในการนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย

3. ควรศึกษาตัวแปรผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อัตราการกลับเป็นซ้ำ คุณภาพชีวิตผู้ป่วย และภาระของผู้ดูแล เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. ควรพัฒนาและประเมินผลการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือระบบสารสนเทศสุขภาพในการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่องและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.

3. กรมสุขภาพจิต. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566.
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาส 4 และภาพรวม ปี 2567. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2568.
5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2567. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2567.
6. สุพัตรา ศรีวิเศษ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(2):45-59.
7. ชนกพร วงศ์ชัย และอภิญญา สุวรรณศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(3):85-99.
8. พรทิพย์ มาลาธรรม และศิริลักษณ์ จุลพงษ์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและคุณภาพชีวิต. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(4):78-92.
9. จินตนา ยูนิพันธ์, วิไลลักษณ์ ประเสริฐสุข และนภา พิทักษ์พงษ์. ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(1):22-36.
10. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
11. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
13. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarity Through Specificity. New York: Cornell University; 1980.
14. Best JW. Research in Education. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1981.
15. สุวรรณี ศรีบุญเรือง, พิชญา จันทร์แก้ว และกานต์ นาคศรี. ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2565;38(1):55-70.
16. สุขเกษม อุไรวรรณ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(3):101-115.
17. จุฑารัตน์ ทองสลับ, ณัฐกานต์ ศรีสุวรรณ และกิตติ พิพัฒน์วงศ์. ผลของรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ. Belitung Nursing Journal (Thai Study). 2566;9(3):198-208.
18. วรรณพร แก้วมณี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ต่อครอบครัวผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลชุมชน. 2564;28(1):61-75.

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร

Development of a Public Health Emergency Management Model for District-Level Emergency Operations Centers in Sakon Nakhon Province

(Received: June 22,2026 ; Revised: June 25,2026 ; Accepted: June 28,2026)

ตระกูลไทย ฉายแม้น[1]
Trakoonthai Chaimaen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ศักยภาพ ปัญหา และข้อจำกัดของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร 2) พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ในพื้นที่ 4 อำเภอ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินศักยภาพ EOC Assessment Tool และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) จากสถานการณ์ที่ผ่านมาทั้ง 4 พื้นที่มีประสบการณ์ในการจัดการภาวะฉุกเฉินหลายประเภท และมีการจัดตั้ง EOC รวมถึงนำระบบ ICS มาใช้ในระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานยังอาศัยการปรับตัวตามสถานการณ์ และยังไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยผลการประเมินศักยภาพก่อนการพัฒนาพบว่าผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 24–31 2) รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นคือ SAKON Model ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาเชิงยุทธศาสตร์ที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร มาตรฐานกระบวนการ และการบูรณาการข้อมูลและเครือข่าย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ Standardized Command, Area-based & Adaptive, Knowledge & Capacity Building, Operational Data & One Information และ Network & Community 3) หลังการใช้รูปแบบ สัดส่วนการผ่านเกณฑ์ EOC Assessment Tool เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40–52 และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.59) สะท้อนถึงการยกระดับความพร้อมของระบบอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, ระบบบัญชาการเหตุการณ์, จังหวัดสกลนคร

ABSTRACT

This action research aimed to: 1) examine the situation, capacity, problems, and limitations of the public health emergency management system at the district level in Sakon Nakhon Province; 2) develop an appropriate model for district-level public health emergency management; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The target groups consisted of administrators and operational staff involved in Emergency Operations Centers (EOCs) in four districts. Research instruments included in-depth interviews, focus group discussion guidelines, the EOC Assessment Tool, and a satisfaction questionnaire. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The findings revealed that 1) All 4 Areas had prior experience in managing various public health emergencies and had established EOCs and applied the Incident Command System (ICS) to some extent. However, operations were largely situation-based and lacked a standardized district-level model. Pre-development assessment results showed that only 24–31% of the criteria were met. 2) The developed model Call the SAKON Model, is a strategic capacity development framework emphasizing personnel

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
*Corresponding Author Email: T8722827@gmail.com

capacity building, process standardization, and integration of data and networks. The model consists of five components: Standardized Command, Area-based & Adaptive, Knowledge & Capacity Building, Operational Data & One Information, and Network & Community. 3) After implementation, the proportion of criteria met in the EOC Assessment Tool increased to 40–52% across all districts. Staff satisfaction with the model was high (mean score = 4.59), indicating a significant improvement in system readiness and operational clarity.
Keywords: Public Health Emergency Operations Center, Incident Command System, Sakon Nakhon Province

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency) ถือเป็นสาธารณภัยที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต สร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชน และเกิดผลกระทบกับสิ่งแวดล้อม ภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข จึงหมายถึง เหตุการณ์การเกิดโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย 2 ใน 4 ประการ ได้แก่ 1) ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง 2) เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือไม่เคยพบมาก่อน 3) มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่ที่อื่น 4) ต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้า[1] ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ ในด้านสุขภาพ ภาวะฉุกเฉินส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชาชนในวงกว้าง ระบบบริการสุขภาพอาจประสบปัญหาขาดแคลนทรัพยากร นอกจากนี้ยังมีผลต่อการหยุดชะงักของบริการสุขภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉิน เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือการฉีดวัคซีน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม รวมถึงผลกระทบด้านจิตใจ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าว และข้อมูลการระบาดของโรค และภัยสุขภาพแบบ Real time มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ไว้บัญชาการเหตุการณ์ และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันทีตามมาตรฐานสากล โดยการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เป็นส่วนที่สำคัญในการเตรียมความพร้อม และรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกโรค และภัยสุขภาพของหน่วยงานทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น โดยใช้แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 10 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 บริบท หมวดที่ 2 ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน หมวดที่ 3 กรอบโครงสร้างการทำงาน หมวดที่ 4 ระบบข้อมูล หมวดที่ 5 Critical Information หมวดที่ 6 Incident management and response หมวดที่ 7 การสื่อสารความเสี่ยงและการเตือนภัย หมวดที่ 8 การสื่อสารภายใน หมวดที่ 9 Coordination and logistical support of field operations หมวดที่ 10 Training, Exercise and Evaluation รวมถึงกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด ในปี 2565 โดยให้หน่วยงานระดับจังหวัดมีการประเมินตนเองตามแนวทางแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด[2]

การดำเนินงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจังหวัดสกลนครที่มีการดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

2) การบริหารจัดการเครือข่ายการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน 3) การบริหารจัดการระบบการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรครวมทั้งการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 และ 4) การบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ การจัดการองค์ความรู้และการรอบรู้ของประชาชน รวมทั้งมีกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ซึ่งมีการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเป็นเลขานุการในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน[3] ซึ่งการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินจด้านสาธารณสุขจังหวัดสกลนครในช่วงที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น องค์ประกอบของศูนย์ปฏิบัติการยังเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ใช้กลุ่มงานปกติร่วมกันดำเนินงาน ซึ่งยังไม่เป็นตามแนวทางมาตรฐานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่กำหนดไว้ ประกอบกับตั้งแต่เริ่มมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จังหวัดสกลนครยังไม่มีประสบการณ์ในการรับประเมินมาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จากคณะกรรมการระดับส่วนกลาง มีเพียงการนำเครื่องมือมาใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งมีคะแนนในการประเมินยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินจังหวัดสกลนครด้วยเครื่องมือแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC Assessment Tool) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2564 ผ่านการประเมินในระดับ 4 (สีเขียว) ซึ่งแปลความว่ามีการดำเนินงานตามข้อกำหนดทั้งหมดของเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 42 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือผ่านการประเมินในระดับ 4 (สีเขียว) ร้อยละ 60

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในระดับจังหวัดและระดับอำเภอที่เป็นหน่วยปฏิบัติการด่านหน้า อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินจังหวัดสกลนครในช่วงที่ผ่านมา ยังขาดความชัดเจนในด้านโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และกลไกการทำงาน ส่งผลให้การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขยังไม่เป็นระบบ ขาดเอกภาพในการสั่งการ และมีข้อจำกัดในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ผลการประเมินตนเองยังสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งอาจนำไปสู่ความล่าช้าในการควบคุมสถานการณ์ การใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และความเสี่ยงที่ประชาชนจะไม่ได้รับการคุ้มครองอย่างทันท่วงที ดังนั้น จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบศูนย์ปฏิบัติการและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อให้สามารถยกระดับขีดความสามารถในการจัดการภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระบบ และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อประเมินสมรรถนะการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการ และระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสกลนคร

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร

3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตามกระบวนการ PAOR

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก 4 อำเภอที่เป็นตัวแทนของ 4 โซน ได้แก่ อำเภอเมืองสกลนคร อำเภอพังโคน อำเภอเจริญศิลป์ และอำเภอบ้านม่วง โดยจำแนกตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

ระยะการวางแผน (Plan: P) เป็นผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน EOC ระดับจังหวัดและอำเภอ จำนวน 20 คน (อำเภอละ 4 คน และระดับจังหวัด 4 คน) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์และถอดบทเรียนการดำเนินงาน

ระยะการพัฒนารูปแบบ (Action: A) เป็นผู้รับผิดชอบงาน EOC ระดับจังหวัดและอำเภอ จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อร่วมออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

ระยะ การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (Observe: O และ Reflect: R) เป็นผู้รับผิดชอบงาน EOC ระดับจังหวัดและอำเภอ จำนวน 20 คน

คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้ปฏิบัติงานจริงใน EOC ของแต่ละพื้นที่ เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานด้าน EOC หรือ ICS และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดตั้งหรือบริหารศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ

2) ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสกลนคร และมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3) มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยครบทุกระยะ ได้แก่ การทดลองใช้ การประเมินผลและการสะท้อนผล

4) ยินยอมให้ข้อมูล และสามารถปฏิบัติตามกรอบระยะเวลาการดำเนินการวิจัยได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินโดยตรง หรือไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ในพื้นที่ที่กำหนด 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่ถึง 6 เดือน 3) ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิจัยติดต่อกันเกิน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับแต่ละระยะของการดำเนินงาน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structured interview Guide)

ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกจากผู้บริหาร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร เพื่อศึกษาบริบท ปัญหา อุปสรรค และบทเรียนในการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการฯ และระบบบัญชาการเหตุการณ์ในระดับพื้นที่

2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion)

ใช้ในการบันทึกข้อมูลจากการจัดเวทีสนทนากลุ่มระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในระดับจังหวัด และระดับอำเภอเพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบของศูนย์ปฏิบัติการฯ และระบบบัญชาการเหตุการณ์ โดยโครงสร้างของแบบบันทึกการสนทนากลุ่มประกอบด้วยหัวข้อ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนา EOC ความเหมาะสมของโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ กระบวนการสื่อสาร สั่งการ บริหารจัดการทรัพยากร และรูปแบบการพัฒนาศูนย์ EOC ที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่

3) แบบประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC Assessment tools)

ใช้ในการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ ก่อนและหลังจากการทดลองใช้รูปแบบที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการประเมินคือ แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC Assessment Tool) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[4] จำนวน 10 หมวด รวม 74 ข้อ ดังนี้ หมวดที่ 1 บริบท 4 ข้อ หมวดที่ 2 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน 26 ข้อ หมวดที่ 3 กรอบโครงสร้างการทำงาน 9 ข้อ หมวดที่ 4 ระบบข้อมูล 5 ข้อ หมวดที่ 5 Critical Information 8 ข้อ หมวดที่ 6 Incidence Management and Response 9 ข้อ หมวดที่ 7 การสื่อสารความเสี่ยง และการเตือนภัย 4 ข้อ หมวดที่ 8 การสื่อสารภายใน 2 ข้อ หมวดที่ 9 Coordination and Logistical support of field operations 3 ข้อ หมวดที่ 10 training Exercise and Evaluation 4 ข้อ

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 (สีแดง) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ระดับ 2 (สีส้ม) มีการดำเนินงานบางส่วนของเกณฑ์ ระดับ 3 (สีเหลือง) มีการดำเนินงานเป็นส่วนใหญ่ของเกณฑ์ และระดับ 4 (สีเขียว) มีการดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งกำหนดให้ซึ่งกำหนดให้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่รับการประเมินต้องผ่านในระดับ 4 (สีเขียว)

4) แบบสอบถามความพึงพอใจ และความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจการรับบริการรูปแบบฯ รายด้าน รวมทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเหมาะสมของรูปแบบ 2) ด้านความยากง่ายของรูปแบบ 3) ด้านความยั่งยืนในการใช้รูปแบบ ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ประกอบด้วย พอใจมากที่สุด พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย และไม่พอใจ รวมทั้งหมด 15 ข้อคำถาม

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) กำหนดให้ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปสามารถนำไปใช้ได้ โดยมีค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

ค่าความเชื่อมั่น นำแบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ได้รับการทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยให้ศึกษารูปแบบและทดลองใช้ในสถานการณ์จำลองก่อนตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ไม่น้อยกว่า 0.70 โดยมีค่าความเชื่อมั่นท่ากับ 0.89

ส่วนเครื่องมือประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ (EOC Assessment Tool) ซึ่งใช้ประเมินก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการรับรองการใช้งานเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ วางแผน (Plan) ดำเนินการ (Act) สังเกตการณ์ (Observe) และสะท้อนผล (Reflect) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์บริบทการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

(Emergency Operations Center: EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินศักยภาพศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้วยแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC Assessment Tool) ของกรมควบคุมโรค การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน EOC ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ตลอดจนการทบทวนเอกสาร รายงานผลการดำเนินงาน แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และรายงานการประเมินที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และช่องว่างของการดำเนินงาน (Gap Analysis) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 การดำเนินการ (Act) เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร โดยจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้รับผิดชอบงาน EOC ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการพัฒนา และออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎี เอกสารวิชาการ และแนวทางการดำเนินงาน EOC/ICS ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสกลนคร

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับอำเภอในพื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร อำเภอพังโคน อำเภอเจริญศิลป์ และอำเภอบ้านม่วง ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบดำเนินการประเมินผลโดยใช้ EOC Assessment Tool ของกรมควบคุมโรค เพื่อประเมินศักยภาพการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ รวมทั้งเก็บข้อมูลความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน EOC/ICS เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงและประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) เป็นการนำผลการดำเนินงานจากการทดลองใช้รูปแบบมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนความคิดเห็นกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยพิจารณาทั้งผลการประเมินศักยภาพศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ผลการประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบ ตลอดจนข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์ ปรับปรุง และพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และสอดคล้องกับบริบทการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของจังหวัดสกลนครมากยิ่งขึ้น

สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้วางแผนการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากกิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบ

2) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และการประเมินความพึงพอใจ และความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เน้นการดำเนินงานในการพัฒนาเชิงระบบ แต่มีกระบวนการวิจัยบางส่วนที่มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับ

การพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสภาพระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินเดิม

จากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่เป้าหมาย 4 อำเภอ จังหวัดสกลนคร พบว่า ทุกพื้นที่มีประสบการณ์ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขหลายประเภท เช่น การระบาดของโรค COVID-19 โรคไข้เลือดออก อุทกภัย และเหตุการณ์สาธารณภัยอื่น ๆ โดยสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ในระดับหนึ่ง และมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) รวมถึงนำระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) มาใช้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังมีลักษณะอาศัยการปรับตัวตามสถานการณ์ การประสานงานเฉพาะหน้า และความสามารถของบุคลากรเป็นสำคัญ แม้จะมีโครงสร้างเชิงเอกสารรองรับ แต่ระดับความเข้าใจและการปฏิบัติตามหลักการ ICS ยังไม่สม่ำเสมอในทุกพื้นที่ อีกทั้งยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับอำเภอ ทำให้ระบบยังคงอยู่ในลักษณะการดำเนินงานเชิงภารกิจมากกว่าการเป็นระบบที่ฝังรากเป็นกลไกถาวรขององค์กร โดยมีตัวอย่างจากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงานรายหนึ่งที่ว่า “ช่วงโควิดถือว่าหนักที่สุด เราต้องตั้งจุดคัดกรองประสาน อปท. ลงพื้นที่ประเมินสุขภาพประชาชนเฝ้าระวัง วิเคราะห์สถานการณ์ทุกวัน แล้วก็ประชุมทีมเพื่อแบ่งบทบาทกันชัดเจน เพราะถ้าไม่จัดระบบจะสับสนมาก” และ “ในระดับอำเภอ เราทำทั้งสอบสวนโรค คัดกรอง ติดตามผู้สัมผัส และตั้งศูนย์ EOC ควบคู่กัน ทุกอย่างต้องทำเร็ว เพราะถ้าช้าจะควบคุมการระบาดไม่ได้”

เมื่อวิเคราะห์ในกรอบ Staff, Stuff และ System พบว่า ด้านบุคลากรมีประสบการณ์ และความทุ่มเท แต่กำลังคนมีจำกัด และความเข้าใจเชิงบทบาทตาม ICS ยังอยู่ในระดับพื้นฐาน ด้านทรัพยากรมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับการเปิด EOC แต่ขาดระบบข้อมูลกลางและกลไกสนับสนุนที่ยั่งยืน ส่วนด้านระบบ แม้มีโครงสร้างและคำสั่งแต่งตั้ง แต่การติดตามประเมินผลและการสังเคราะห์บทเรียนยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้การเรียนรู้ขององค์กรยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยมีผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และข้อจำกัดของระบบการดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉิน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และข้อจำกัดของระบบการดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉิน

มิติการเคราะห์	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อจำกัด
บุคลากร (Staff)	1. บุคลากรมีประสบการณ์จากเหตุการณ์จริง โดยเฉพาะ COVID-19 2. มีความทุ่มเทและสามารถระดมทีมได้รวดเร็ว -3. มีความใกล้ชิดกับชุมชน และสามารถประสานงานข้ามหน่วยงานได้ดี	1. ความเข้าใจเชิงลึกต่อบทบาทตาม ICS ยังไม่ทั่วถึงในทุกระดับ 2. การปฏิบัติงานยังต้องอาศัยการชี้แจงบทบาทระหว่างปฏิบัติ 3. ภาระงานประจำสูง ทำให้ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกัน	1. กำลังคนจำกัด ไม่สามารถแยกทีมฉุกเฉินจากงานประจำได้ชัดเจน 2. พึ่งพาบุคลากรผู้รับผิดชอบงานหลัก 3. ความต่อเนื่องของระบบอาจได้รับผลกระทบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร
วัสดุ อุปกรณ์ (Stuff)	1. มีโครงสร้างพื้นฐานสำหรับเปิดศูนย์ EOC เช่น ห้องประชุม อุปกรณ์สื่อสาร และระบบรายงานขั้นพื้นฐาน	1. ข้อมูลการรายงานยังอยู่หลายช่องทางและขาดการเชื่อมโยงแบบบูรณาการ	1. งบประมาณสนับสนุนเฉพาะกิจสำหรับภาวะฉุกเฉินยังไม่ชัดเจนและไม่เพียงพอในกรณีสถานการณ์ยืดเยื้อ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และข้อจำกัดของระบบการดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉิน

มิติการเคราะห์	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อจำกัด
	2. มีการใช้เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ช่วยสนับสนุนการรายงานและประสานงาน 3. ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางสถานการณ์	2.ยังไม่มีระบบฐานข้อมูลกลางหรือ Dashboard สำหรับติดตามสถานการณ์แบบ real-time 3.ระบบสารสนเทศยังไม่พัฒนาในลักษณะบูรณาการครบวงจร	2. ทรัพยากรด้านเทคโนโลยีและอุปกรณ์บางส่วนยังไม่เพียงพอหรือไม่ทันสมัย 3. การจัดสรรทรัพยากรต้องอาศัยการปรับใช้จากงบประมาณและทรัพยากรเดิม
ระบบการทำงาน (System)	1. มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และกำหนดโครงสร้าง ICS อย่างเป็นทางการ 2. มีคำสั่งแต่งตั้งและผังโครงสร้างการดำเนินงานชัดเจน 3. มีการเปิดศูนย์และประชุมสั่งการเมื่อเกิดเหตุการณ์	1. ขั้นตอนการดำเนินงานยังไม่ถูกกำหนดเป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกเหตุการณ์ 2. การปฏิบัติจริงยังอิงตามสายงานประจำมากกว่ากลไก ICS อย่างเต็มรูปแบบ 3. การติดตามและประเมินผลหลังเหตุการณ์ยังไม่ใช้กรอบหรือเครื่องมือมาตรฐานเดียวกัน	1. ระบบเป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ มากกว่าการบริหารจัดการเชิงรุก 2. การเรียนรู้เชิงองค์กรยังไม่ถูกสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้เชิงระบบอย่างต่อเนื่อง 3. ยังไม่พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอที่ชัดเจนเป็นมาตรฐาน

ผลการประเมินศักยภาพด้วยเครื่องมือ EOC Assessment Tool ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่าทั้ง 4 พื้นที่มีระดับความพร้อมผ่านเกณฑ์ในสัดส่วนค่อนข้างต่ำ โดยมีคะแนนผ่านเกณฑ์อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 24–31 ของข้อคำถามทั้งหมด สะท้อนถึงช่องว่างของระบบในหลายด้าน โดยเฉพาะหมวดที่เกี่ยวข้องกับการฝึกซ้อม การประเมินผล การจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และระบบข้อมูล

ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่พบว่าในระยะเริ่มต้น ไม่ควรเน้นการปรับโครงสร้างองค์กรขนาดใหญ่หรือการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ทันที เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคน งบประมาณ และโครงสร้างการบริหารในระดับอำเภอ แต่ควรเป็นรูปแบบที่พัฒนาได้จริงภายใต้ศักยภาพที่มีอยู่ โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และการบริหารจัดการ EOC อย่างเป็นระบบ ควรมีการอบรมเชิงลึก ฝึกปฏิบัติ และสร้างทีมแกนนำระดับอำเภอ เพื่อให้บุคลากรสามารถแยกบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้าง ICS ได้อย่างชัดเจน ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการสั่งการในสถานการณ์จริง

2) การพัฒนาแนวทางการประเมิน และวิเคราะห์ความเสี่ยงในระดับอำเภอ ควรกำหนดเครื่องมือหรือกรอบการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้พื้นที่สามารถจัดลำดับภัยคุกคาม วางแผนเตรียมความพร้อม และจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินบนฐานข้อมูลและหลักวิชาการ ไม่ใช่เพียงการตอบสนองตามประสบการณ์

3) การจัดทำ และทบทวนแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยต้องกำหนดบทบาทหน้าที่ตาม ICS อย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริงเมื่อเกิดเหตุการณ์ รวมถึงการกำหนดแนวทางบริหารกำลังคนในภาวะฉุกเฉิน เพื่อรองรับกรณีสถานการณ์ยืดเยื้อหรือเกิดภัยซ้อนหลายประเภท

4) การจัดซ้อมแผนและการประเมินผลหลังเหตุการณ์อย่างเป็นระบบ ควรมีการจัดซ้อมแผนอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาเครื่องมือ After Action Review ที่เป็นมาตรฐาน เพื่อสังเคราะห์บทเรียนและพัฒนาเป็นองค์ความรู้เชิงระบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ในมิติของการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าบทบาทของระดับจังหวัดมี

ความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบดังกล่าว กล่าวคือ จังหวัดควรทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนด้านวิชาการ กำหนดแนวทางมาตรฐานกลาง สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในทุกอำเภอ รวมถึงพัฒนาแนวทางการประเมินความเสี่ยง การจัดทำแผนตอบโต้ และการจัดซ้อมแผนให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ การพัฒนาเชิงโครงสร้าง เช่น ระบบฐานข้อมูลกลาง หรือการจัดสรรงบประมาณถาวร อาจเป็นเป้าหมายระยะถัดไป และถือเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น จากข้อมูลความคิดเห็นข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทระดับอำเภอ ควรเริ่มจากการยกระดับศักยภาพบุคลากร พัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยง และสร้างมาตรฐานการทำงานร่วมกันก่อนการปรับโครงสร้างเชิงองค์กรในระยะยาว เพื่อให้เกิดระบบที่สามารถดำเนินงานได้จริง มีความยั่งยืน และพัฒนาไปสู่รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยได้พัฒนา SAKON Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร การสร้างมาตรฐานกระบวนการ และการบูรณาการข้อมูลและเครือข่าย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กิจกรรมในรูปแบบการพัฒนารูปแบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
S: Standardized Command	● จัดทำ ICS Template กลางระดับจังหวัด (โครงสร้าง, TOR, Flow การสั่งการ) ● จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการเปิด ปิด EOC ทุกระดับ ● จัดประชุมชี้แจงแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ● ติดตามประเมินการใช้โครงสร้าง ICS ในเหตุการณ์จริง	ทุกอำเภอใช้โครงสร้างบัญชาการเดียวกัน ลดความสับสน และเพิ่มความชัดเจนในการสั่งการ
A: Area-based & Adaptive	● กำหนดรูปแบบที่เหมาะสมระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ● พัฒนาแนวทางมาตรฐานการจัดประชุม (Checklist การจัดประชุมศูนย์) ● จัดนิเทศติดตามความพร้อม EOC รายปี ● สนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นขั้นต่ำ	EOC สามารถใช้งานได้จริงทุกระดับ ไม่เป็นเพียงโครงสร้างเชิงเอกสาร
K: Knowledge & Capacity Building	● จัดอบรม หรือแนะนำช่องทางการอบรม เช่น ผ่านระบบออนไลน์ ในประเด็น ICS และ EOC ทุกปีอย่างต่อเนื่อง ● จัดตั้ง ทีมแกนนำ EOC ระดับจังหวัด เป็น Core Team ● จัดระบบพี่เลี้ยง (Mentorship) ระหว่างจังหวัด อำเภอ ● จัดซ้อมแผน Table-top และ Full-scale Exercise อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ● สนับสนุนจัดทำ SOP มาตรฐานในภารกิจสำคัญ	บุคลากรมีความชำนาญเพิ่มขึ้น ระบบไม่พึ่งพาบุคคลใดบุคคลหนึ่ง และเกิดการเรียนรู้เชิงองค์กร

ตารางที่ 2 กิจกรรมในรูปแบบการพัฒนารูปแบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
O: Operational Data & One Information	● พัฒนา Dashboard กลางระดับจังหวัด สำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ● กำหนดรูปแบบรายงานสถานการณ์เดียวกัน (Single Report Format) ● แต่งตั้งกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ. เป็น Data Focal Point ● ฝึกซ้อมการรายงานข้อมูลแบบ Real-time ในการซ้อมแผน	การตัดสินใจรวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อน และมีข้อมูลฐานเดียวกันทั้งจังหวัด
N: Network & Community	● บูรณาการกลไก พชอ., อปท., อสม., กู้ภัย เข้าในแผน EOC อย่างเป็นทางการ ● จัดทำแนวทางสื่อสารความเสี่ยงมาตรฐานจังหวัด ● จัดประชุมภาคีเครือข่ายก่อนฤดูกาลเสี่ยงสำคัญ ● พัฒนาชุดข้อความสื่อสารกลาง (Risk Communication Template)	เกิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่บูรณาการทุกภาคส่วนของสังคม และช่วยลดความสับสนของประชาชนในสถานการณ์วิกฤต

กิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของ SAKON Model ได้รับการบรรจุเข้าสู่แผนปฏิบัติงานของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้ในกระบวนการดำเนินงานจริงของพื้นที่เป้าหมาย เพื่อประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้รูปแบบในบริบทระดับอำเภอ

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

3.1 การประเมินผลเชิงกระบวนการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การประเมินกระบวนการมุ่งประเมินว่า การดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบของ SAKON Model ได้ถูกนำไปปฏิบัติจริงตามแผนหรือไม่ และมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพียงใด โดยผลการประเมินพบว่า

ด้าน Standardized Command (S) จังหวัดได้จัดทำโครงสร้าง ICS Template กลาง และถ่ายทอดแนวทางไปยังทั้ง 4 อำเภอ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนมากขึ้นในการเปิด EOC เมื่อเกิดเหตุการณ์จริง การประชุมศูนย์มีการใช้ผังโครงสร้างเดียวกันทุกพื้นที่ ลดความสับสนในการแบ่งหน้าที่เมื่อเทียบกับสถานการณ์ก่อนพัฒนา

ด้าน Area-based & Adaptive (A) มีการกำหนดแนวทางการเปิด EOC ตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ และมี Checklist การประชุมใช้งานจริงในบางเหตุการณ์ ทำให้การดำเนินงานมีความเป็นระบบมากขึ้น และสามารถปรับระดับโครงสร้างตามสถานการณ์ได้

ด้าน Knowledge & Capacity Building (K) มีการสนับสนุนการจัดอบรม ICS ระดับพื้นฐาน และสนับสนุนการเรียนผ่านระบบ Online รวมถึงมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนความรู้ วิเคราะห์ความเสี่ยง จัดทำแผน และมีการซ้อมแผนในรูปแบบ Table top exercise และกิจกรรมถอดบทเรียน (After Action Review) 1 ครั้งในรอบปีงบประมาณ ส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจบทบาทตาม ICS ชัดเจนขึ้น และสามารถอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานได้เป็นระบบมากขึ้น

ด้าน Operational Data (O) มีการกำหนดรูปแบบรายงานสถานการณ์เดียวกันทั้งจังหวัด และเริ่มพัฒนาระบบรวบรวมข้อมูลกลางในกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ แม้ยังอยู่ในระยะพัฒนา

แต่การรายงานข้อมูลมีความสอดคล้อง และรวดเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนา

ด้าน Network & Community (N) มีการบูรณาการภาคีเครือข่าย เช่น อปท. อสม. และภาคีชุมชน เข้าร่วมประชุม EOC ในบางสถานการณ์ และมีการใช้ชุดข้อความสื่อสารกลางในการแจ้งเตือนประชาชน ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

ภายหลังการนำ SAKON Model ไปใช้ พบว่าศักยภาพของระบบมีพัฒนาการอย่างชัดเจน โดยผลการประเมินด้วยเครื่องมือ EOC Assessment Tool หลังการใช้รูปแบบ พบว่าสัดส่วนการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40–52 ในทุกพื้นที่ แสดงถึงการยกระดับความพร้อมของระบบในหลายหมวด โดยเฉพาะด้านโครงสร้างบัญชาการ การฝึกซ้อม และการประสานงาน รายละเอียดดังตารางที่ 3

3.2 การเก็บข้อมูลพื้นฐานโดยเครื่องมือ EOC Assessment Tool (หลังการใช้รูปแบบ)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินข้อมูลพื้นฐานโดยใช้เครื่องมือ EOC Assessment Tool (หลังการใช้รูปแบบ)

หมวด	จำนวนข้อที่ผ่านระดับสีเขียว (มีการดำเนินงานทั้งหมดของเกณฑ์)			
	พื้นที่ A	พื้นที่ B	พื้นที่ C	พื้นที่ D
หมวดที่ 1 บริบท จำนวน 4 ข้อ	4	4	4	4
หมวดที่ 2 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จำนวน 26 ข้อ	15	17	12	16
หมวดที่ 3 กรอบโครงสร้างการทำงาน จำนวน 9 ข้อ	1	2	2	2
หมวดที่ 4 ระบบข้อมูล จำนวน จำนวน 5 ข้อ	5	3	3	1
หมวดที่ 5 Critical Information จำนวน 8 ข้อ	0	1	0	0
หมวดที่ 6 Incidence Management and Response จำนวน 9 ข้อ	3	3	2	2
หมวดที่ 7 การสื่อสารความเสี่ยง และการเตือนภัย จำนวน 4 ข้อ	0	2	0	0
หมวดที่ 8 การสื่อสารภายใน จำนวน 2 ข้อ	1	1	1	1
หมวดที่ 9 Coordination and Logistical support of field operations จำนวน 3 ข้อ	2	2	2	2
หมวดที่ 10 training Exercise and Evaluation จำนวน 4 ข้อ	4	4	4	4
รวม 74 ข้อ	**35 (47.29%)**	**39 (52.70)**	**30 (40.54)**	**32 (43.24)**

3.3 การประเมินความพึงพอใจ และความคิดเห็นต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ผลการประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบ SAKON Model พบว่า ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.59 (SD = 0.380) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทระดับอำเภอ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (4.4–4.8) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเป็นระบบและความต่อเนื่องของขั้นตอนในรูปแบบ สะท้อนว่าผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ารูปแบบมีโครงสร้างชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง นอกจากนี้ ผู้ตอบแบบ

ประเมินยังเห็นว่ารูปแบบมีความสอดคล้องกับนโยบายระดับจังหวัด เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบผู้เกี่ยวข้องมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า SAKON Model เป็นรูปแบบที่มีความชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอได้จริง และมีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสกลนคร ทั้งในด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน และการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมยังเสนอให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านการฝึกอบรมและซ้อมแผน การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ การจัดระบบติดตามและประเมินผลหลังเหตุการณ์ การสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายความร่วมมือและการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ความยั่งยืน และความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในทุกระดับของพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

อำเภอมีประสบการณ์ในการจัดการภาวะฉุกเฉินหลายประเภท และสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ในระดับหนึ่ง แม้ยังไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันนั้น แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนศักยภาพที่มีจากประสบการณ์การดำเนินงาน ของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังอาศัยการปรับตัวตามสถานการณ์ และการประสานงานเฉพาะหน้าเป็นหลัก มากกว่าการขับเคลื่อนด้วยกลไกเชิงระบบ และแม้มีการนำระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) มาใช้ แต่ระดับความเข้าใจและการปฏิบัติยังไม่สม่ำเสมอ ผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยนี้อาจเกิดจากการนำแนวคิด ICS ซึ่งพัฒนาขึ้นในบริบทสหรัฐอเมริกา มาปรับใช้ในระบบราชการไทยที่มีโครงสร้างสายบังคับบัญชาแบบลำดับชั้นชัดเจน ทำให้บางครั้งบทบาทตามโครงสร้าง ICS ถูกกลืนไปกับสายงานปกติ ทั้งนี้ FEMA และ WHO[5] ชี้ว่าการทำให้ ICS มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการฝึกซ้อม และกำหนดบทบาทอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง มิฉะนั้นระบบจะถูกใช้เพียงในเชิงสัญลักษณ์มากกว่าการปฏิบัติจริง

ผลการประเมินศักยภาพด้วย EOC Assessment Tool ที่พบว่าผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 24–31 ก่อนการพัฒนา ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างเชิงระบบมากกว่าการขาดความสามารถเชิงบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีรวัฒน์ วลัยเสถียร และคณะ[6] ที่ทำการศึกษาการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น พบว่าควรเร่งรัดการวางแผนพัฒนา 3 หมวดหลัก ได้แก่ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านโครงสร้างพื้นฐาน กรอบโครงสร้างการทำงาน และข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ปรับปรุงแผนหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของเกษร แถวโนนงิ้ว[7] ที่ได้ทำการศึกษาการประเมินความพร้อมระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัด และอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 โดยพบว่าประเด็นการจัดทำแผนของจังหวัดยังไม่ครอบคลุมตามแนวทางการจัดทำแผน และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณา วิจิตร และคณะ[8] ที่ได้ทำการศึกษาการประเมินระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก พบว่าศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ หมวดที่ 1 ด้านบริบท และหมวดที่ 9 Coordination and logistical support of field operations

จากผลการพัฒนา SAKON Model สอดคล้องกับหลักการพัฒนาระบบราชการไทยที่เน้นการปรับปรุงกระบวนการและสมรรถนะภายในองค์กรก่อนการปรับโครงสร้าง[9] โดยมีองค์ประกอบ Standardized Command ช่วยแก้ปัญหาความไม่ชัดเจนของบทบาทตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่พบในระยะก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับ

แนวทางของ กรมควบคุมโรค[1] ที่ระบุว่าการดำเนินงาน EOC ให้มีประสิทธิภาพต้องมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และสายการบังคับบัญชาอย่างชัดเจน องค์ประกอบ Area-based & Adaptive สะท้อนแนวคิดการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินตามบริบทพื้นที่ องค์ประกอบ Knowledge & Capacity Building การอบรม ซ้อมแผน และจัดทำ SOP อย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญต่อการยกระดับระบบให้เข้มแข็ง สอดคล้องกับข้อค้นพบของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข[10] ที่ชี้ว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากขึ้น Operational Data & One Information มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[11] ได้เน้นย้ำว่าการมีระบบข้อมูลที่เป็นเอกภาพ ลดความซ้ำซ้อน และสามารถรายงานได้ทันเวลา จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน และลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารข้อมูล และองค์ประกอบ Network & Community สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานแบบบูรณาการหลายภาคส่วน ซึ่งภายหลังการนำ SAKON Model ไปใช้ พบว่าศักยภาพของระบบมีพัฒนาการอย่างชัดเจน จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ เดชพิชัย[12] ได้ทำการศึกษาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้านการป้องกันควบคุมโรคประเทศไทย ซึ่งใช้วิธีการศึกษาเอกสารการจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีสึนามิ และเหตุการณ์อุทกภัยใหญ่ พบว่าประเทศไทยมีการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สอบสวนโรค และป้องกันการระบาดของโรคที่พบได้บ่อยหลังเหตุการณ์สาธารณภัย และมีการถ่ายโอนกลับสู่ระบบปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิรัช ประวันเตา และคณะ[13] ได้ทำการศึกษาการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการ และระบบบัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ได้มีการจัดตั้งคำสั่งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และมีการยกระดับศูนย์ปฏิบัติการกำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงาน 13 กลุ่มภารกิจ และการขับเคลื่อนการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการมีการประชุมติดตามการดำเนินงาน การสรุปประเด็นสั่งการ การรายงานสถานการณ์ทาง Dashboard การจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การสื่อสารความเสี่ยง การคัดกรองผู้เดินทางที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรวัตต์ ชาญวิรัตน์[14] ได้ทำการศึกษาการจัดการภาวะฉุกเฉินโดยใช้กลไกระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี พบว่าหน่วยงานมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ EOC 10 กลุ่ม มีการพัฒนาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ขึ้น 18 ฉบับ และมีการจัดกิจกรรมการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในรูปแบบ Table top exercise เพื่อติดตาม และประเมินผลที่เกิดจากการนำมาตรฐานการดำเนินงานมาใช้พบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานตามบทบาทภารกิจของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉิน ของหน่วยงานมีความเหมาะสม และใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายโดยสรุปได้ว่า โดยสรุป SAKON Model ช่วยยกระดับความพร้อมของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับอำเภอของจังหวัดสกลนคร จากเดิมที่ยังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้าง กระบวนการ และศักยภาพบุคลากร ให้มีมาตรฐานและความพร้อมมากขึ้น สะท้อนจากผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบที่ดีขึ้น และความพึงพอใจของผู้ใช้อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และการบูรณาการความร่วมมือของ

ทุกภาคส่วน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. จังหวัดควรนำ SAKON Model ไปใช้เป็นกรอบแนวทางกลางในการพัฒนาระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับอำเภอ ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน ICS การซ้อมแผน การจัดทำ SOP การดำเนินการ After Action Review (AAR) และการพัฒนาระบบข้อมูลกลาง เพื่อให้เกิดมาตรฐานการดำเนินงานที่เป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิผลของ SAKON Model ในสถานการณ์ฉุกเฉินจริงและในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมทั้งศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ใช้รูปแบบการดำเนินงานเดิม เพื่อยืนยันผลลัพธ์ด้านความพร้อม ประสิทธิภาพ และผลสัมฤทธิ์ของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
2. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน. แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต. นนทบุรี: กองสาธารณสุขฉุกเฉิน; 2566.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1/2568. สกลนคร: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2568.
4. กรมควบคุมโรค. แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. World Health Organization. A strategic framework for emergency preparedness. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร, และคณะ. การประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2562. วารสารควบคุมโรค. 2567; 46(4): 428-39.
7. เกษร แถวโนนงิ้ว, และคณะ. การประเมินความพร้อมระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 กรณีศึกษาการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี 2559. วารสารควบคุมโรค. 2560; 43.
8. วรรณา วิจิตร, และคณะ. การประเมินระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2565; 29(3): 1-13.
9. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แนวทางการพัฒนาระบบราชการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2561.
10. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2564 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: สร้างองค์ความรู้สู่การพัฒนาระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565.
11. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขเพื่อการตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. รพีพรรณ เดชพิชัย. การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2560; 48: 577-83.
13. วิรัช ประวันเตา, และคณะ. การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการและระบบบัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
14. วรวัตต์ ชาญวิรัตน์. การจัดการภาวะฉุกเฉินโดยใช้กลไกระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566; 8(3): 333-43.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์

Development of a Model for Substance Abuse Rehabilitation Using Community and Network-Based Approach in Surin Province.

(Received: June 21,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 26,2026)

ณัฐกฤตา วุฒิยา[1]
Natthakritta Wutthiya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ 2) พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากภาคีเครือข่าย จำนวน 75 คน และระยะที่ 3 คือ ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มทดลอง จำนวน 205 คน ดำเนินการวิจัยตามวงจร PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสถานการณ์และรูปแบบการดำเนินงาน แบบประเมินมาตรฐานและแบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired Samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการทดลอง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ SURIN Model กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (WHOQOL) สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบร้อยละ 88.78 และมีอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดสูงถึงร้อยละ 93.18

คำสำคัญ: SURIN Model, ผู้ใช้สารเสพติด, ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to 1) investigate the conditions, problems, and needs for developing a community and network-based rehabilitation model for substance users in Surin Province, 2) develop the community and network-based rehabilitation model, and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted using the PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) cycle. The participants included 75 key informants from network partners in Phase 1, and a specific experimental group of 205 substance use disorder patients in Phase 3, using a One Group Pretest-Posttest Design. The data collection instruments consisted of a demographic questionnaire, a situation and operational model questionnaire, standardized assessment tools, and clinical outcome measures. Additionally, qualitative instruments included a semi-structured interview guide and focus group discussion guidelines. For data analysis, quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics utilized the Paired Samples t-test to compare the effectiveness before and after the experiment. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research results were After implementing the SURIN Model, the experimental group showed a significantly higher mean score for Quality of Life (WHOQOL) and a lower mean score for the Overt Aggression

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

Scale (OAS) compared to pre-test scores ($p < .001$). Furthermore, 88.78% of the participants had negative urine tests, with a retention rate of 93.18%.

Keywords: SURIN Model, Substance Users, Community and Network-Based, Overt Aggressive Behavior, Action Research

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันถือเป็นวิกฤตการณ์ระดับโลกที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดการณ์ว่าประชากรโลกในช่วงอายุ 15-64 ปี กว่า 275 ล้านคนมีการใช้สารเสพติด และกว่า 36.3 ล้านคนต้องเผชิญกับภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติด[1] สำหรับประเทศไทย ปัญหานี้ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) จากโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพันธุกรรมเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ ซึ่งประเมินเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในระดับสูง[2] รัฐบาลจึงได้ประกาศให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มองว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” ซึ่งต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ แทนการลงโทษทางอาญา เพื่อคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสร้างโอกาสในการกลับคืนสู่สังคม[3]

ในส่วนของจังหวัดสุรินทร์ สถานการณ์ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากรายงานผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสูงถึง 3,819 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานเพศชาย ช่วงอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 23.44) และสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดสูงสุดยังคงเป็นยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 95.27 ประเด็นที่น่ากังวลยิ่งกว่าคือการพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวนมากถึง 501 ราย ซึ่งกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น[4] อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่ยังมีอุปสรรคหลายประการ ทั้งภาระงานที่ล้นมือของบุคลากรทางการแพทย์ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ รวมถึงปัจจัยทางสังคมที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน ทำให้การติดตามดูแลผู้ป่วยทำได้ยากและเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ[4] การแก้ไขปัญหายาเสพติดจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมุ่งเน้นนโยบายการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) แต่ในทางปฏิบัติ การค้นหาและคัดกรองผู้เสพในชุมชนยังคงทำได้ยาก เนื่องจากการตีตราทางสังคมและทัศนคติเชิงลบที่ทำให้ผู้เสพไม่กล้าแสดงตัวเข้าสู่กระบวนการรักษา[5] ประกอบกับปัญหาระบบการส่งต่อและการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจน ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย[6] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าแม้จะมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่เน้นการฟื้นฟูแบบองค์รวม[7] หรือการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมในหลายพื้นที่[8] แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ระดับอำเภอหรือชุมชน และมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะจุด ซึ่งยังขาดองค์ความรู้หรือต้นแบบการดำเนินงานที่บูรณาการครอบคลุมทั้งระบบในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ จึงเล็งเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาและทรัพยากรของพื้นที่ ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ เกิด

การบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ชุมชน และภาคีเครือข่าย นำไปสู่การลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ และสร้างความปลอดภัยให้แก่สังคมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) ดำเนินการศึกษาในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู (มกราคม – มีนาคม 2568)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 3,819 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) จำนวน 391 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินต้นทุนการคืนดี (Brief Assessment of Recovery Capital: BARC-10) และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) โดยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปสภาพปัญหาและฐานข้อมูลเบื้องต้น

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู (SURIN Model) และทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ (เมษายน – กันยายน 2568)

ดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับทีมบูรณาการความปลอดภัยและบำบัดฟื้นฟูระดับจังหวัด เพื่อออกแบบร่างรูปแบบการทำงาน (Draft Model) ที่เน้นการเชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ระยะหลัก (โมดูล) ได้แก่ 1) ระยะเตรียมความพร้อมและสร้างแรงจูงใจ 2) ระยะบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3) ระยะส่งเสริมอาชีพและทักษะทางสังคม และ 4) ระยะติดตามดูแลต่อเนื่องโดยภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Caregivers) และอาสาสมัครในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงสังเกตการณ์พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างทำกิจกรรม บันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วม และรวบรวมปัญหาอุปสรรคที่พบระหว่างการปฏิบัติจริง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปจุดแข็งและข้อควรพัฒนาของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อ

ปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์เป็น "SURIN Model"

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน (ตุลาคม – ธันวาคม 2568)

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Experimental Instruments)

1.1 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน (SURIN Model) ขับเคลื่อนผ่านกลไกบูรณาการ 4 เสาหลัก (ปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ชุมชน) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การค้นหาและคัดกรองเชิงรุกโดยชุมชน, การบริหารจัดการทรัพยากร 4Ms, การบำบัดรักษามาตรฐานในระบบมินิธัญญารักษ์ และการคืนสู่สังคมเฝ้าระวังต่อเนื่องผ่านแนวคิดชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx)

1.2 คู่มือแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) ใช้สำหรับเป็นแนวทางให้ภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมขั้นตอนการรับตัว การคัดกรองความเสี่ยง SMI-V การบำบัดทางจิตสังคมแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการสร้างแรงจูงใจ (MI) ระยะเวลาดำเนินการรวม 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ (Data Collection and Evaluation Instruments)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประเภทสารเสพติดหลักที่ใช้ก่อนเข้ารับการบำบัด

2.2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome Measures) ชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะ (Urine Drug Testing): ใช้สำหรับตรวจสุ่มและยืนยันสถานะการหยุดเสพสารเสพติดของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 12

2.3 แบบบันทึกสถานะการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา (Retention Rate) ใช้ติดตามการคงอยู่ในกระบวนการจนครบโปรแกรม โดยลงทะเบียนและประเมินผ่านระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (ระบบ บสต.)

2.4 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางพฤติกรรมและสังคม (Behavioral and Social Outcome Measures) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS): ใช้ประเมินและเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ ครอบคลุมพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน และการใช้ความรุนแรงทางวาจา มีคะแนนเต็มรวม 22 คะแนน

2.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI): ใช้ประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ ครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่ มิติด้านสุขภาพกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสัมพันธภาพทางสังคม และมิติด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามรวม 26 ข้อ คะแนนเต็มรวม 130 คะแนน

พื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบจังหวัดสุรินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 32 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์ บสต. อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาถาวร และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตวิญญาณรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือผู้ที่ขอย้ายออกจากพื้นที่ศึกษาระหว่างการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนต้นทุนการคืนดี (Recovery Capital) และคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อยืนยันความยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่การรับรอง COA No. 040/2568 รหัสโครงการวิจัย SKN REC 2025-070 เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องการของภาคีเครือข่าย

ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งเป็นคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้ง 17 อำเภอ รวมจำนวน 75 คน โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของภาคีเครือข่ายจำนวน 75 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 57.33) และเป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 42.67) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป มากที่สุดจำนวน 32 คน (ร้อยละ 42.67) รองลงมาคือช่วงอายุ 36 - 45 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 37.33) และช่วงอายุ 25 - 35 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 20.00)

สำหรับสัดส่วนการปฏิบัติงานตามสังกัดหน่วยงานพบว่า เป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจภูธรจังหวัดและสถานีตำรวจภูธร จำนวน 18 คน (ร้อยละ 24.00) และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจังหวัดและอำเภอ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 24.00) ในสัดส่วนที่เท่ากัน รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 22.67) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 22.67) และเจ้าหน้าที่ทหารร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.66) ด้านประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมาแล้ว 6 - 10 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือ มากกว่า 10 ปี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 30.67) และระยะเวลา 1 - 5 ปี จำนวน 22 คน (ร้อยละ 29.33)

2. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและสภาพความรุนแรงในพื้นที่ จากการประเมินสถานการณ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายพบความท้าทายอย่างยิ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูง (SMI-V) โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดระบุว่าพบสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (ร้อยละ 100.00) ซึ่งเมื่อจำแนกประเภทความรุนแรงพบว่า ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรม ความรุนแรงต่อทรัพย์สิน สูงถึงร้อยละ 77.33 (จำนวน 58 คน) และเป็นพฤติกรรมความรุนแรงต่อผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 22.67 (จำนวน 17 คน) สอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาในพื้นที่ ที่พบสารเสพติดแพร่ระบาดสูงสุดคือ ยาบ้า (Methamphetamine) คิดเป็นร้อยละ 95.27

3. สภาพปัญหาและข้อจำกัดในการบริหารจัดการทรัพยากร (4Ms) จากการถอดบทเรียนและประเมินระบบการจัดการในภาพรวมพบบทวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านบุคลากร (Man) เป็นปัญหาอุปสรรคอันดับหนึ่งที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 56.00 (จำนวน 42 คน) บุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้ามีภาระงานล้นมือ ขณะที่แกนนำชุมชนและอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังขาดทักษะและความมั่นใจในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม V.2 และการเผชิญเหตุผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V เนื่องจากความกลัวอันตราย

ด้านงบประมาณ (Money) ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 29.33 (จำนวน 22 คน) สะท้อนว่าขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะงบประมาณในการจัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และงบสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับชุมชน

ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) พบปัญหาข้อจำกัดร้อยละ 5.33 โดยระบุว่าสถานที่รองรับผู้ป่วยในชุมชนยังขาดระบบความปลอดภัยที่รัดกุมในการควบคุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรุนแรง และขาดแคลนอุปกรณ์หรือเครื่องมือระงับเหตุฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ

ด้านการจัดการ (Management) ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ระบุว่าการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบเดิมยังไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 98.67 รูปแบบการประสานงานส่วนใหญ่ยังคงเป็นแบบทางการผ่านเอกสารราชการถึงร้อยละ 73.33 ทำให้เกิดความล่าช้า ระบบการส่งต่อ (Referral System) มีรอยต่อ ขาดระบบฐานข้อมูลที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Single Data) และไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) ที่เชื่อมโยงบทบาทข้ามสายงานระหว่างตำรวจ ฝ่ายปกครอง และสาธารณสุขอย่างชัดเจน

4. ปัจจัยสาเหตุเชิงลึกและความต้องการพัฒนารูปแบบ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่งเสี่ยงก่อความรุนแรง เกิดจากการเสพสารเสพติดปริมาณมากต่อเนื่องจนสมองได้รับความเสียหาย (Psychosis) ร่วมกับการขาดยาเนื่องจากระบบติดตามในชุมชนไม่รัดกุมทำให้ผู้ป่วยหลุดจากระบบบริการ (Loss to follow-up) ประกอบกับการตีตราทางสังคม (Social Stigma) ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงตัวเข้าสู่ระบบการรักษา ภาคีเครือข่ายจึงมีความต้องการร่วมกันที่จะให้พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูเชิงบูรณาการที่ใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน (CBTx) มีเส้นทางการดูแลผู้ป่วย (Patient Journey) ที่ชัดเจน ไร้รอยต่อ และปลอดภัย

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบ

ผู้วิจัยนำข้อมูลสถานการณ์และข้อจำกัดเชิงระบบจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart) ขับเคลื่อนผ่านวงจร PAOR จนสามารถพัฒนารูปแบบเชิงระบบใน 17 อำเภอได้ดังนี้

P: Planning (วางแผน) บูรณาการภาคีเครือข่าย 4 เสาหลัก (ปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ชุมชน) จัดทำคู่มือปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) และพัฒนาศักยภาพวิทยากรแกนนำ (ครู ก. และ ครู ข.) เพื่อสร้างมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม V.2 และการประเมินความเสี่ยง SMI-V ร่วมกันทั้งจังหวัด

A: Action (ลงมือปฏิบัติ) นำรูปแบบและคู่มือไปทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เน้นกลไกการค้นหาเชิงรุก (Re-X-ray) การส่งต่อเข้าบำบัดรักษาในระบบมินิธัญญารักษ์ (Mini Thanyarak) ร่วมกับการใช้จิตสังคมบำบัด (CBT/MI) และการสร้างเกราะป้องกันการเสพซ้ำโดยดึง อสม. และผู้นำชุมชนร่วมติดตามดูแลต่อเนื่อง

O: Observation (สังเกตการณ์) ทีมวิจัยและทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดร่วมลงพื้นที่นิเทศงานติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก (Urine Test และ Retention Rate) และประเมินพฤติกรรมความรุนแรงผ่านแบบประเมิน OAS พบว่ากระบวนการทำงานมีความรวดเร็ว ปลอดภัย และผู้ป่วยเริ่มมีการจัดการอารมณ์ที่ดีขึ้น

R: Reflection (สะท้อนผล) จัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) พบว่าภาคีเครือข่ายมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลกลาง (Single Database) ผู้วิจัยจึงปรับปรุงคู่มือให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมก่อนนำไปประเมินประสิทธิผล

จากกระบวนการข้างต้นส่งผลให้ได้ข้อสรุปเป็น **“รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ (SURIN Model)”** ซึ่งประกอบด้วย 4 กลไกสำคัญ:

1. การค้นหาและคัดกรองเชิงรุกโดยชุมชน (Community-led Active Screening) เน้นการคัดกรองเชิงรุก V2/SMI-V และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยเครื่องมือ OAS ตั้งแต่ระดับชุมชน

2. การบริหารจัดการทรัพยากร (4Ms Management) บูรณาการและกระจายอำนาจการบริหารจัดการกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกลไกการส่งต่อระหว่างหน่วยงานข้ามสายงาน

3. การบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐาน (Standardized Treatment) จัดบริการบำบัดรักษาในระบบมินิธัญญารักษ์ร่วมกับการดูแลทางกายและจิตสังคมบำบัด (CBT/MI)

4. การคืนสู่สังคมและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (Social Reintegration and Surveillance) ขับเคลื่อนกลไกชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) การเยี่ยมบ้าน การตรวจปัสสาวะติดตาม และการส่งเสริมทักษะอาชีพเพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำ

ตารางที่ 1 สรุปผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ ตามวงจร PAOR และการจัดการ 4Ms (n = 17 อำเภอ)

ขั้นตอน PAOR	กิจกรรมบริหารจัดการ (4Ms)	ผลลัพธ์เชิงวิชาการที่เกิดขึ้น
P: Planning	Man: พัฒนาศักยภาพ ครู ก. และ ครู ข. Material: ยกร่างคู่มือปฏิบัติงาน (SOP)	เกิดทีมปฏิบัติการที่มีทักษะเฉพาะทางและมีมาตรฐานการทำงานเดียวกันทั้งจังหวัด
A: Action	Management: บูรณาการภาคี 4 เสาหลัก Money: จัดสรรงบสนับสนุนมินิธัญญารักษ์	กระบวนการรับตัวและคัดกรอง SMI-V มีความรวดเร็วและปลอดภัยมากขึ้น
O: Observation	Material: ใช้แบบประเมิน OAS และ บสต. Man: นิเทศงานโดยทีมสหวิชาชีพ	พบแนวโน้มพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและมีข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกที่ตรวจสอบได้
R: Reflection	Management: จัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) Material: ปรับปรุงคู่มือฉบับสมบูรณ์	ได้รูปแบบ "สุรินทร์โมเดล" ที่มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง



ภาพที่ 1 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์

ผลการศึกษาระยะที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (SURIN Model)

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบ SURIN Model ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 17 อำเภอ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติดสมัครใจเข้าร่วมและคงอยู่ในระบบจนครบกระบวนการวิจัยจำนวน 205 คน จากกลุ่มตัวอย่างเริ่มต้น 220 คน (คิดเป็นอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาสูงถึงร้อยละ 93.18 และมี Drop out ร้อยละ 6.82) โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติด จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 185 คน (ร้อยละ 90.24) และเป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 9.76) มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 35 ปี มากที่สุด จำนวน 95 คน (ร้อยละ 46.34) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 36 - 45 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 24.39) ช่วงอายุ 18 - 25 ปี จำนวน 45 คน (ร้อยละ 21.95) และอายุ 46 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน (ร้อยละ 7.32) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 92 คน (ร้อยละ 44.88) รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 65 คน (ร้อยละ 31.71) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 38 คน (ร้อยละ 18.54) และระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.88)

เมื่อจำแนกตามอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรรม จำนวน 105 คน (ร้อยละ 51.22) รองลงมาคือ กลุ่มว่างงาน จำนวน 85 คน (ร้อยละ 41.46) และประกอบธุรกิจส่วนตัวหรืออื่นๆ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 7.32) ทั้งนี้สารเสพติดหลักที่มีการใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาคือ ยาบ้า สูงถึงร้อยละ 93.66 (จำนวน 192 คน) และกัญชา/สารระเหย/อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 6.34 (จำนวน 13 คน)

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกตามระบบข้อมูล บสต. ในด้านผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ (Urine Drug Testing) พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการใช้สารเสพติดและมีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบ (Negative) สูงถึงจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 88.78 และตรวจพบผลบวก (Positive) เพียงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 11.22

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงรายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (คะแนนเต็มภาพรวม 22 คะแนน) พบความเปลี่ยนแปลงดังนี้

ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 1.20 (S.D. = 0.85) เหลือเพียง 0.10 (S.D. = 0.25)

ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.75 (S.D. = 1.10) เหลือเพียง 0.80 (S.D. = 0.55)

ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 4.50 (S.D. = 1.45) เหลือเพียง 1.20 (S.D. = 0.65)

คะแนนรวมภาพรวม ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 8.45 (S.D. = 2.15) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยรวมลดลงอย่างชัดเจนเหลือเพียง 2.10 (S.D. = 1.05) ซึ่งแปรผลอยู่ในระดับไม่มีหรือมีเล็กน้อย

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมและรายด้านหลังการทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 25.64$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) รายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 205)

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	ก่อนการทดลอง (Pre-test)	หลังการทดลอง (Post-test)	t	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
1. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง	1.20 (0.85)	0.10 (0.25)	15.42	< 0.001*
2. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น	2.75 (1.10)	0.80 (0.55)	19.35	< 0.001*
3. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน	4.50 (1.45)	1.20 (0.65)	22.80	< 0.001*
รวมเฉลี่ยภาพรวม	8.45 (2.15)	2.10 (1.05)	25.64	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) จากการประเมินและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก (คะแนนเต็มภาพรวม 130 คะแนน) พบผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ด้านสุขภาพกาย (Physical Domain) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.50 (S.D. = 3.20) เป็น 26.50 (S.D. = 2.10)

ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.80 (S.D. = 2.95) เป็น 25.50 (S.D. = 2.05)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.40 (S.D. = 3.10) เป็น 25.00 (S.D. = 2.25)

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.50 (S.D. = 2.85) เป็น 25.50 (S.D. = 2.15)

คะแนนรวมในภาพรวม ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 65.20 (S.D. = 8.50) แต่ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 102.50 (S.D. = 6.30) ซึ่งแปรผลยกระดับขึ้นมาอยู่ในระดับดี

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (WHOQOL) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกองค์ประกอบ (t = -32.45, p < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL) รายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 205)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต (WHOQOL)	ก่อนการทดลอง (Pre-test)	หลังการทดลอง (Post-test)	t	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
1. ด้านสุขภาพกาย (Physical)	16.50 (3.20)	26.50 (2.10)	-28.15	< 0.001*
2. ด้านจิตใจ (Psychological)	15.80 (2.95)	25.50 (2.05)	-26.40	< 0.001*
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	16.40 (3.10)	25.00 (2.25)	-24.88	< 0.001*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	16.50 (2.85)	25.50 (2.15)	-25.50	< 0.001*
คะแนนรวมภาพรวม	65.20 (8.50)	102.50 (6.30)	-32.45	< 0.001*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL) รายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 205)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต (WHOQOL)	ก่อนการทดลอง (Pre-test)	หลังการทดลอง (Post-test)	t	p-value
ระดับการแปลผล	ระดับปานกลาง	ระดับดี		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ ที่พัฒนาขึ้น (SURIN Model) มีประสิทธิผลเชิงประจักษ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง ลดพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อค้นพบเชิงประจักษ์ในการวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผลตามหลักวิชาการได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ประสิทธิผลของการบูรณาการภาคีเครือข่ายและการบริหารจัดการทรัพยากร (4Ms) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ระบบการประสานงานและโครงสร้างของ SURIN Model ที่ยึดโยงภาคีเครือข่าย 4 เสาหลัก (ปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ชุมชน) สามารถอุดรอยต่อและลดปัญหาความไม่เพียงพอของทรัพยากรการจัดการ (4Ms) ในระบบเดิมลงได้อย่างมีนัยสำคัญ จากเดิมที่การประสานงานข้ามสายงานมักเป็นทางการผ่านระบบเอกสารซึ่งมีความล่าช้าและขาดชุดข้อมูลที่เป็นหนึ่งเดียว (Single Data) การพัฒนารูปแบบนี้ได้สร้างแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) และเส้นทางการดูแลผู้ป่วย (Patient Journey) ที่ชัดเจนร่วมกัน ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยจากขั้นตอนการเผชิญเหตุฉุกเฉินโดยตำรวจหรือฝ่ายปกครอง เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีความรวดเร็วและปลอดภัย สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข[9] ที่มุ่งเน้นการจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Health Service) และยังสอดรับกับนโยบาย "ชุมชนล้อมรักษ์" ของกรมการแพทย์[10] ที่ระบุว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่ให้เกิดความยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องอาศัยกลไกการบริหารจัดการที่กระจายอำนาจและบูรณาการทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานความมั่นคงและสาธารณสุข เพื่อลดภาระงานล้นมือของบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้า และเพิ่มความร่วมมือของแกนนำในชุมชน

2. การลดลงของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ด้วยระบบมินิธัญญารักษ์และจิตสังคมบำบัด ข้อค้นพบที่น่าสนใจยิ่งคือ คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างชัดเจนจากระดับปานกลางลงมาสู่ระดับเกือบไม่มีเลยภายหลังได้รับบำบัดรักษาตามรูปแบบ SURIN Model ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาและจิตวิทยา กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในพื้นที่ (ร้อยละ 93.66) มีประวัติการใช้ยาบ้า (Methamphetamine) มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสารเสพติดประเภทนี้มีฤทธิ์ทำลายสมองส่วนหน้าและระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง ส่งผลให้เกิดภาวะผิดปกติทางจิต (Psychosis) มีอาการหวาดระแวง หูแว่ว และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จนแสดงออกเป็นพฤติกรรมรุนแรงต่อทรัพย์สินและผู้อื่น[11] การที่ SURIN Model นำกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เข้ามาบูรณาการในระบบการดูแลของศูนย์มินิธัญญารักษ์อย่างเข้มข้นตลอด 12 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) มีทักษะในการจัดการกับความเครียดและสิ่งเร้า ตลอดจนควบคุมอารมณ์โกรธได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวทางของกรมการแพทย์[12] ที่ยืนยันว่ากระบวนการจิตสังคม

บำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มที่มีอาการทางจิต มีประสิทธิผลสูงที่สุดในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะคลุ้มคลั่งฉุกเฉินในชุมชน

3. การยกระดับคุณภาพชีวิต (WHOQOL) และการคงอยู่ในระบบบำบัดด้วยกลไกชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) ผลการวิจัยในระยะที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในทุกมิติ (สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม) จนเลื่อนระดับสู่เกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมทั้งมีอัตราการคงอยู่ในระบบสูงถึงร้อยละ 93.18 และมีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบร้อยละ 88.78 ผลลัพธ์อันเป็นที่น่าพึงพอใจนี้มิได้เกิดจากกระบวนการล้างพิษยาเสพติดทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความแข็งแกร่งของกลไกการฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โดยผ่านทาง อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว ที่ร่วมกันทำหน้าที่ติดตาม เยี่ยมบ้าน และสุ่มตรวจปัสสาวะเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การโอบรับผู้ป่วยแทนการขับไล่ช่วยลดปรากฏการณ์การตีตราทางสังคม (Social Stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่มักทำให้ผู้ป่วยหลุดออกจากการรักษาและกลับไปเสพซ้ำ (Loss to follow-up) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shella และคณะ [8] ที่ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในมิติแบบองค์รวม (Holistic Rehabilitation) โดยเน้นการสร้างฐานสนับสนุนทางสังคมในชุมชน จะช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดเชิงการแพทย์และสังคมของ Skewes และ Gonzalez[13] เกี่ยวกับแบบจำลองชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Model) ซึ่งอธิบายว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังของสมองที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การรักษาที่ประสบความสำเร็จและมีอัตราการคงอยู่ในระบบสูง จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและสร้างระบบเกื้อหนุนในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืนในฐานะทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบในการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ (SURIN Model) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดควรนำคู่มือการประเมินคัดกรองความเสี่ยง (V.2) และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) ไปบรรจุเป็นหลักสูตรมาตรฐานในการซ้อมแผนเผชิญเหตุจิตเวชฉุกเฉินประจำปีร่วมกันของภาคีเครือข่าย 4 เสาหลัก (ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข และท้องถิ่น) เพื่อให้ทีมปฏิบัติการด่านหน้ามีความมั่นใจ มีทักษะที่ถูกต้อง และสามารถเข้าระงับเหตุหรือส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรุนแรง (SMI-V) ได้อย่างปลอดภัยและไร้รอยต่อ

2. ศูนย์มินิธัญญารักษ์และโรงพยาบาลชุมชนควรบูรณาการกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจ (MI) เข้าสู่กิจกรรมบำบัดประจำวันอย่างเข้มข้น เนื่องจากผลการวิจัยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันชัดเจนว่ากระบวนการดังกล่าวช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารแอมเฟตามีนได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. ควรขยายขอบเขตเครือข่ายการมีส่วนร่วมในกลไก "ชุมชนล้อมรักษ์" (CBTx) ให้กว้างขึ้น โดยดึงผู้นำทางศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้ประกอบการในท้องถิ่น เข้ามาเป็นกลไกสำคัญในการช่วยฟื้นฟูจิตใจและสนับสนุนการฝึกทักษะอาชีพแก่ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัด เพื่อลดทอนการตีตราจากสังคม (Social Stigma) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูตาม "สุรินทร์โมเดล" ไปแล้ว ในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อติดตามประเมินอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse Rate) และประเมินความยั่งยืนของการคงระดับคุณภาพชีวิต

2. ควรนำรูปแบบ SURIN Model ไปทดลองขยายผล (Scaling up) ในพื้นที่จังหวัดหรือเขตสุขภาพอื่นที่มีบริบททางระบาดวิทยาของปัญหายาเสพติดและลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน เพื่อทดสอบความตรงเชิงประจักษ์และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2021 [Internet]. Research and Trend Analysis Branch; 2021 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://doi.org/10.21428/cb6ab371.e39c4e60

2.สถาบันงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท นอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2560.

3.พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และประมวลกฎหมายยาเสพติดท้ายพระราชบัญญัติ. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก (8 พฤศจิกายน 2564).

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด จังหวัดสุรินทร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2568.

5.Varinder K, Sylvia L, Douglas A, Tim M. The interrelatedness of trauma, substance use, and the social determinants of health in Black women. Sample Health Soc Care J. 2025.

6.อาภรณ์ ภูมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;8(16):70-85.

7.Shella FPU, Inggriane PD, Nordianna S, Desta RP. Holistic rehabilitation in action: a data-driven analysis of the impact on quality of life among individual with psychoactive substance abuse. J Holist Nurs. 2024;42(2S):135-43.

8.บำรุง วงษ์นิ่ม, แสงเดือน ดีผิว, สุรพล สุพวง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):223-33.

9.กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด [ฉบับปรับปรุง]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.

10.กรมการแพทย์. “มินิธัญญารักษ์” ทางเลือกการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gcc.go.th/?p=118803

11.Rawson RA. Current research on the epidemiology, medical and psychiatric effects, and treatment of methamphetamine use. J Food Drug Anal. 2013;21(4):77-81.

12.กรมการแพทย์. คู่มือแนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับปรับปรุง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/wpnrvtv5buow00088.pdf

13.Skewes MC, Gonzalez VM. The biopsychosocial model of addiction. In: Miller PM, editor. Principles of addiction. San Diego: Academic Press; 2013. p. 61-70.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - July 2026

Part V

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 5

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก 1249
ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี ,พิมลดา ลัดดางาม ,คำใหม่ สุขุนา ,พฤฒิศักดิ์ จันทราทิพย์

การใช้แอปพลิเคชันร่วมกับน้ำยาตรวจสอบการล้างมือเพื่อประเมินตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมในโรงพยาบาลแหลมฉบัง 1259
ดิษพล ฐิติวราภรณ์ ,Katsunori kaneko ,กัณฑิมา ธรรมชาติ

การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย 1269
วรรษมณท์ วงศ์วรรณ ,ปะราลี โอภาสนันท์

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อม อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี 1279
อ้อยใจ ศิริกาญจน์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 1289
อรรคเดช อรรคเศรษฐัง

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา 1304
อาภาภรณ์ หาญณรงค์ ,ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา ,ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร 1313
กิตติศักดิ์ ประคองสิน ,อรทัย ทองขัน

การพัฒนาโปรแกรม G-RDU เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับร้านค้าชำในจังหวัดร้อยเอ็ด 1324
มานิตย์ ทวีหันต์ ,พัฐเดช มกรารัตต์ ,พิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์

การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด 1337
มานิตย์ ทวีหันต์ ,พัฐเดช มกรารัตต์ ,พิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์

การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม 1349
ประดับดาว ไพศาลสิงห์ ,พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 1361
รัชฎา ไสวารี ,จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป (M1) เขตสุขภาพที่ 8 1370
นิตยา บุตรประเสริฐ ,วรรณชนก จันทชุม

ผลลัพธ์การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 1381
มาลินี ชาบำเหน็จ

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช 1395
วจินี จงจิตร ,สุภาวรรณ แพรกทอง ,นพมาศ โกศล

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการทำแผลแบบสมัยใหม่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 1403
วรณัน ธีร์สุดาพรรณ ,วิภาดา ศรีมันทยามาศ ,วรวรรณ สุภาตา ,วันเพ็ญ บุญประเสริฐ ,ชลดา ดารายน

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1412
วรางคณา หงษ์สีทอง ,ภาญจนา จันทะนุย ,เยาวพัชร รัฐหนองขี ,สุทธินนท์ เสนารินทร์ ,อุบล เชื้อนิตย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 1427
นาตยา ศรีสง่า

ช่องว่างของข้อมูลข่าวสารระหว่างทันตแพทย์ กับผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน 1437
เยาวลักษณ์ สุขทวี ,สุทธิ มาลัยวิจิตรนนท์

การพัฒนาแนวทางการให้บริการรังสีการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ 1446
กฤษณะ ชาตาสุข

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 5

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาประสิทธิภาพระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล 1455
กฤษณะ ชาตาสุข

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 1465
อักษรภัค บัวศรี

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 1478
ยุทธพงษ์ ธนากรจักร์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุร่วมกับภาวะช็อกด้วยการผ่าตัดช่องท้อง : กรณีศึกษา 1488
ภคมน เพชรรัตน์

ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคระยะสงบ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา 1499
ปิยะทิพย์ สุทธิศรีศิลป

ผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก อายุแรกเกิด - 5 ปีที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า 1511
อุไรวรรณ สามพันพ่วง

ผลของโปรแกรมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 1520
วัชราพร ธีระธรรมประชา

การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร 1530
เกียรติพงษ์ อุ่นแก้ว ,แพรวพรรณ สีสมพาน

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว 1542
รุ่งนภา สิทธิพล ,ประภาสิริ หอนตะคุ ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,สมพงษ์ บุญณะอินทร์ ,อดิเรก ขุนสนิท ,พนิดา ยอดผลกรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์ ,อรวรรณ ตาพยุง ,จำเนียร สุวรรณชาติ ,วรากร เกรียงไกรศักดา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว 1554
ประภาสิริ หอนตะคุ ,รุ่งนภา สิทธิพล ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,สมพงษ์ บุญณะอินทร์ ,อดิเรก ขุนสนิท ,พนิดา ยอดผล กรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์ ,อรวรรณ ตาพยุง ,จำเนียร สุวรรณชาติ ,วรากร เกรียงไกรศักดา

การพัฒนารูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว 1566
รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,รุ่งนภา สิทธิพล ,ประภาสิริ หอนตะคุ .สมพงษ์ บุญณะอินทร์ ,อดิเรก ขุนสนิท ,พนิดา ยอดผลกรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์ ,อรวรรณ ตาพยุง ,จำเนียร สุวรรณชาติ ,ธงชัย ทองบู่ ,วรากร เกรียงไกรศักดา

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 42 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อ การส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอด ประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio การก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน การให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

ประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก
Experiences of Stress Management among Advanced Maternal Age.

(Received: June 23,2026 ; Revised: June 26,2026 ; Accepted: June 28,2026)

ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี[1] พิมลดา ลัดดางาม[1] คำใหม่ สุขุนา[2] พฤฒิศักดิ์ จันทราทิพย์[3]
Pattarin Thamduangsri[1] Pimlada Luddangam[1] Kummai Sukuna[2] Phuetthisak Chantrathip[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของไฮเดกเกอร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมาก จำนวน 12 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซ์ซี่ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่มุ่งค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยการค้นหาประเด็นหลัก จากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำมากำหนดหาความหมายตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากมีสาเหตุความเครียดมาจาก สภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว สำหรับประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก การศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การตอบสนองต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1 การรับรู้ที่ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ 1.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวจากความเครียด 2) การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1 การจัดการความเครียดด้วยตนเอง 2.2 การจัดการความเครียดด้วยผู้อื่น

คำสำคัญ: ประสบการณ์การจัดการความเครียด, หญิงตั้งครรภ์อายุมาก

Abstract

This survey research analyzed by qualitative study employed Heideggerian interpretive phenomenology to explore the stress management experiences of 12 women of advanced maternal age during pregnancy. Data were analyzed using Colaizzi's phenomenological method, which aims to uncover the meanings embedded within the phenomenon under investigation through the identification of major themes derived from participants' narratives and the interpretation of meanings based on their lived experiences.

The findings revealed that the sources of stress among women of advanced maternal age were related to family environment and socioeconomic conditions, physical changes during pregnancy, perceptions of potential pregnancy-related complications, and previous experiences from prior pregnancies. Regarding the stress management experiences of women of advanced maternal age, the study found that these women were aware of the risks associated with advanced maternal age pregnancy, including an increased likelihood of maternal and obstetric complications as well as maternal mortality during pregnancy and childbirth compared with younger pregnant women. Two major themes emerged from the analysis. The first theme, responses to stress among women of advanced maternal age, consisted of two subthemes: (1.1) perceptions of the potential impacts on themselves and their fetuses, and (1.2) the period required for

[1] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบรบือ
[3] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author; email: Phuetthisak@smnc.ac.th

adaptation to stress. The second theme, stress management among women of advanced maternal age, comprised two subthemes: (2.1) self-directed stress management and (2.2) stress management through support from others.

Keyword: Experiences of Stress Management, Advanced Maternal Age

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์อายุมาก (Advanced Maternal Age; AMA) ซึ่งองค์การอนามัยโลกและองค์กรวิชาชีพด้านสูติศาสตร์หลายแห่งกำหนดให้หมายถึงการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป[1,2] ในทวีปยุโรป อายุเฉลี่ยของหญิงที่มีบุตรคนแรกเพิ่มขึ้นเป็น 29.7 ปี ในปี ค.ศ. 2021 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการตั้งใครรภ์ในหญิงอายุมากมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อันเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเข้าถึงการศึกษาระดับสูงของหญิงที่เพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน และความต้องการสร้างความมั่นคงทางการเงินให้แก่ตนเองและครอบครัวก่อนการมีบุตร[3] สำหรับในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ.2546 จนถึงปี พ.ศ. 2558 มีอัตราการคลอดบุตรทั้งหมดในหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 87.7 ต่อ 1,000 การคลอด เป็น 97.6 ต่อ 1,000 โดยคิดเป็นร้อยละ 14 ของเด็กทารกที่คลอดในประเทศไทยทั้งหมด ซึ่งในปี 2567 อัตราการเกิดของทารกจากมารดาที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 18.87[4] จากข้อมูลที่กล่าวมานั้นจะเห็นได้ว่าอัตราการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งการตั้งครรภ์ในหญิงอายุมากถือเป็นการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านมารดาและทารกในครรภ์ โดยด้านมารดาพบว่า มีความเสี่ยงในการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ รกรอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การผ่าตัดคลอด ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัดทางหน้าท้อง ด้านทารกพบว่า มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางโครโมโซมของทารก น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำ ส่วนนำทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ภาวะผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะของทารกกับเชิงกรานมารดา เด็กแรกเกิดมีคะแนน Apgar score 1 นาที น้อยกว่า 7 คะแนน อัตราการตายของมารดาและทารกแรกคลอดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่[5,6,7] นอกจากภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายแล้ว การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมากยังส่งผลกระทบด้านจิตใจ โดยการศึกษาพบว่าความวิตกกังวล ความเครียดมักเกิดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ทั่วไป และในบางรายอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ได้ [5,8,9]

ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการของทารก โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมักเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 20-40 โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จะมีความเปราะบางต่อความวิตกกังวลมากขึ้น โดยเฉพาะความกังวลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของทารกในครรภ์ ความเจ็บป่วยของตนเอง จากการทบทนวรรณกรรมพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดสูงมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำ รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กในระยะยาว เนื่องจากความเครียดของมารดาในระยะก่อนคลอดสามารถกระตุ้นการทำงานของแกนไฮโปทาลามัส–พิทูอิทารี–อะดรีนัล (Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis; HPA Axis) ส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้นและอาจรบกวนการทำงานของรก ซึ่งนำไปสู่ผลกระทบต่อพัฒนาการทางระบบประสาทของทารกในครรภ์ รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมในระยะหลังคลอดของบุตร เสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการทางสมอง ระบบประสาทและพฤติกรรมของเด็กในอนาคต ช่วงอายุครรภ์

และระดับความเครียดจะส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกันไป ได้แก่ ความเครียดรุนแรงในไตรมาสแรกมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท ขณะที่ความเครียดในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์จะสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น(ADHD) นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลเฉพาะของการตั้งครรภ์ หรือความตึงเครียดในความสัมพันธ์ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลเสียต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้เช่นกัน[10,11]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าความเครียดส่งผลกระทบที่รุนแรงทั้งต่อมารดาและทารกทั้งในขณะที่อยู่ในครรภ์และยังส่งผลต่อทารกในระยะหลังคลอด แม้ว่าในประเทศไทยจะมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางสูติกรรมของการตั้งครรภ์ในหญิงอายุมากในเชิงปริมาณเป็นจำนวนมากแล้วนั้น แต่ในการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งสำรวจประสบการณ์การจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด หลักฐานที่พบส่วนมากได้มาจากงานวิจัยต่างประเทศ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของสังคมไทยที่มีโครงสร้างครอบครัว ความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ และเครือข่ายการสนับสนุนที่แตกต่างกัน ดังนั้นการทำความเข้าใจว่าหญิงตั้งครรภ์อายุมากรับรู้ความเครียดอย่างไร มีวิธีการจัดการความเครียดอย่างไร และปัจจัยใดที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความเครียดจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนทางจิตสังคมที่เหมาะสม อันจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต สุขภาวะของมารดาและทารกตลอดจนยกระดับคุณภาพการบริการฝากครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์อายุมากในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และถ่ายทอดประสบการณ์แก่คณะผู้วิจัย รวมทั้งยินดีให้บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ 3) อายุ 35 ปีขึ้นไป 4) สามารถพูด อ่าน ฟังและเข้าใจภาษาไทย 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและถ่ายทอดประสบการณ์แก่คณะผู้วิจัยรวมทั้งยินดีให้บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ไม่พร้อมสำหรับการเข้าร่วมวิจัย หรือขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยหลังจากให้ข้อมูลไปแล้ว ในระยะเวลา 1 เดือน หลังให้การสัมภาษณ์

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ประกอบด้วย

1. ไม่พร้อมสำหรับการเข้าร่วมวิจัย หรือขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยหลังจากให้ข้อมูลไปแล้ว ในระยะเวลา 1 เดือน หลังให้การสัมภาษณ์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติให้ทำโครงการวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยขอเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัยแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2. การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ จะเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สนใจตามคุณสมบัติที่กำหนด และส่งต่อผู้ที่สนใจมายังผู้วิจัยเพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินงานโครงการแก่

กลุ่มตัวอย่าง และตอบคำถามที่สงสัยเกี่ยวกับการวิจัย โดยมีเวลาในการตัดสินใจอย่างน้อย 2 วัน หรือกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยมาก่อนเพื่อนัดวัน เวลา สถานที่ หรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการตามรายละเอียดติดต่อที่มีในเอกสารแบบคำชี้แจงอาสาสมัคร

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเซนต์เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสอบถามวัน เวลา ในการสัมภาษณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

4. สถานที่ในการสัมภาษณ์ เป็นห้องประชุมในคลินิกฝากครรภ์ของ รพ.บรบือ หรือบ้านพักของกลุ่มตัวอย่างตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

เนื่องจากเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key information) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลมีลักษณะหลากหลายประสบการณ์ ในการศึกษาครั้งนี้เป็น การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ความอิ่มตัวของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากจนได้ข้อมูลที่เพียงพอและมีความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย ซึ่งไม่พบข้อมูลใหม่จากการสัมภาษณ์[12] ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการบันทึกเสียงและการจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ โดยก่อนเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ประเด็นหลัก ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความผ่อนคลาย เมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อมแล้วผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ในประเด็นหลัก ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในกรณีที่ไม่สะดวกใจตอบและยังไม่พร้อมในการให้ข้อมูล โดยขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้คอยสังเกตปฏิกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีท่าทางไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือมีความไม่พร้อมในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการหยุดพักการสัมภาษณ์ตามความต้องการของผู้ให้ข้อมูล และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีและยืดหยุ่นได้ตามสภาพร่างกายและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทวนข้อมูลที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน และสรุปเรื่องราวเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง (member checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ปรับและเพิ่มเติมข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือแปลบิดเบือนไปจากความจริง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกเก็บในตู้ที่ล็อคได้ในสถานที่ทำงานของผู้วิจัย และผู้วิจัยถือกุญแจไว้ผู้เดียว ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์และการรายงานผลการวิจัยได้ถูกเปลี่ยนเป็นรหัสหมายเลขทั้งหมด และไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่ทำให้ผู้อ่านสามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

1) ผู้วิจัย ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยทุกขั้นตอน (researcher as instrument) โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความลุ่มลึกและไวต่อประเด็นที่ศึกษาและฝึกปฏิบัติด้านเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ วิเคราะห์และจับประเด็น

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผู้วิจัยได้กำหนดแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส[13] ที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อคำถาม ปรับเปลี่ยนและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยร่วมกันพิจารณาแนวทางการตั้งคำถามร่วมกันเพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันและนำไปทดลองใช้ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง โดยมี

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับ ความเครียดที่เกิดขึ้น และการจัดการความเครียด ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ช่วยเล่าถึงสถานการณ์ที่ส่งผลต่อความเครียดขณะตั้งครรภ์ของท่าน ท่านคิดว่าความเครียดที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดนั้นอย่างไร วิธีการใดที่ท่านคิดว่าท่านใช้ในการจัดการความเครียดได้ผลดีที่สุด เป็นต้น

3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยง

4) อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สมุดบันทึกภาคสนาน เครื่องบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซ์ซี่ (Colaizzi)[14] ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่มุ่งค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยการค้นหาประเด็นหลัก (themes) จากคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลบอกกล่าว แล้วนำมากำหนดหาความหมายตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะมีความสำคัญเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงจำนวนของผู้ให้ข้อมูล

1. อ่านบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจ โดย

1.1 ถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (transcribe)

1.2 อ่านบทสนทนาร่วมกับการฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

1.3 อ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ ร่วมกับบันทึกสนทนาเพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติมเต็ม (supply) ข้อมูลที่ขาดหายไป

1.4 อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (line by line) และให้รหัสข้อมูล (code units of data)

2. ดึงข้อความที่สำคัญ (Extracting significant statement) และคำกล่าวซ้ำๆ กันออกมา

3. พยายามเข้าใจในความหมายที่เป็นไปได้ของของประโยคนั้น (try to spell out the meaning)

4. จัดกลุ่มความหมายแยกเป็นกลุ่มประเด็น (formulated means into clusters of themes) นำข้อมูลที่ให้ความหมายคล้ายกันไว้ด้วยกัน จัดเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับความหมายที่ได้และตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป

5. เขียนบรรยายประเด็นเพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจากข้อมูลที่ค้นพบซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำการสรุปประเด็นและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังคิดว่าไม่ครบถ้วน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ IRB SNC 04/ 2569 ให้ไว้ ณ วันที่ 10 เมษายน 2569 วันสิ้นสุดการอนุมัติ วันที่ 10 เมษายน 2570

ผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก ผลการวิจัยพบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 12 ราย อายุระหว่าง 35 - 47 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด

สถานภาพสมรสทั้งหมด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 8 ราย ปริญญาตรี 4 ราย ทุกครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท/เดือน ข้อมูลด้านสูติกรรมพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.3 ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการมีบุตร จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์) จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.67

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก

ผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์อายุมาก ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การตอบสนองต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1 การรับรู้ที่ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ 1.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวจากความเครียด 2) การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1 การจัดการความเครียดด้วยตนเอง 2.2 การจัดการความเครียดด้วยผู้อื่น ซึ่งมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การตอบสนองต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

การศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมาก มีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์อายุมาก ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย มี 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การรับรู้ที่ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตนเอง 2) การรับรู้ที่ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อทารกในครรภ์ 3) ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวจากความเครียด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การรับรู้ที่ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนถึงการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงทางการแพทย์สูงขึ้น ทั้งความเสี่ยงต่อตนเองและทารกในครรภ์ นอกจากนั้นยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะรกเกาะต่ำ ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย รวมถึงอัตราการตายของมารดาและทารกแรกคลอดมากขึ้น

1.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวจากความเครียด

ผู้ให้ข้อมูลมีระยะเวลาในการปรับตัวต่อความเครียดที่แตกต่างกัน บางรายสามารถปรับตัวและคลายความเครียดได้ในระยะเวลาอันสั้น ขณะที่บางรายต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะสามารถยอมรับและปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพส่วนบุคคล ประสบการณ์เดิม การสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการเผชิญปัญหาที่มีอยู่เดิม

ประเด็นที่ 2 การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

การศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากเมื่อเผชิญกับความเครียดจะมีการแสดงออกถึงความสามารถในการจัดการตนเอง เนื่องจากมีวุฒิภาวะและมีประสบการณ์ โดยจะมีวิธีการจัดการความเครียด 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) การจัดการความเครียดด้วยตนเอง 2.2) การจัดการความเครียดด้วยผู้อื่น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การจัดการความเครียดด้วยตนเอง

การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยเน้นการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจ การออกกำลังกายเบา ๆ การปรับเปลี่ยนกิจกรรมยามว่างที่ชื่นชอบ

2.2 การจัดการความเครียดด้วยผู้อื่น ประกอบไปด้วย 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.2.1 การจัดการความเครียดจากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์

การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การอธิบายแผนการรักษา และการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจเพื่อให้หญิงงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ มีกำลังใจในการดูแลตนเอง

2.2.2 การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ สามี มารดา เป็นต้น เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่ใกล้ชิดและตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ข้อมูลและการทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และถ่ายทอดประสบการณ์แก่คณะผู้วิจัย รวมทั้งยินดีให้บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ สามารถพูด อ่าน ฟังและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.3 ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการมีบุตร จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การตั้งครรภ์ส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์[15] หญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากมีสาเหตุความเครียดมาจากสภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมากคือ ความทุกข์ใจจากสัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น ความกลัวด้านการคลอด ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว และประสบการณ์เดิมจากการตั้งครรภ์ก่อน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์[9,10,11] สำหรับประสบการณ์การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมาก มีการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การตอบสนองต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1 การรับรู้ที่ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ 1.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวจากความเครียด 2) การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1 การจัดการความเครียดด้วยตนเอง 2.2 การจัดการความเครียดด้วยผู้อื่น **สามารถอธิบายผลการศึกษาที่พบ ได้ดังนี้**

1) การตอบสนองต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

1.1 การรับรู้ที่ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนถึงการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์หลังอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงทางการแพทย์สูงขึ้น ทั้งความเสี่ยงต่อตนเองและทารกในครรภ์ นอกจากนั้นยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะรกเกาะต่ำ ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย รวมถึงอัตราการตายของมารดาและทารกแรกคลอดมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในระดับน้อย การที่สตรีตั้งครรภ์อายุมากจะรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์มากหรือน้อยขึ้นอยู่ปัจจัยหลายประการ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อ

การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ภาวะสุขภาพ ประวัติทางสุขภาพ และอายุครรภ์ นอกจากนี้พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจาการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์[16,17]

1.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวจากความเครียด ผู้ให้ข้อมูลมีระยะเวลาในการปรับตัวต่อความเครียดที่แตกต่างกัน บางรายสามารถปรับตัวและคลายความเครียดได้ในระยะเวลาอันสั้น ขณะที่บางรายต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะสามารถยอมรับและปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ประสบการณ์เดิม การสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการเผชิญปัญหาที่มีอยู่เดิม ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อระยะเวลาที่ใช้ในการจัดการความเครียด ร่วมกับการมีวุฒิภาวะและมีความรับผิดชอบ ทำให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากขึ้น การส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ และส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์จากบุคลากรสาธารณสุขและอินเทอร์เน็ต การตั้งใจและวางแผนการตั้งครรภ์ทำให้มารดาสนใจและตั้งใจปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ นอกจากนี้การตั้งครรภ์หลังทำให้มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการดูแลตนเอง และหญิงตั้งครรภ์อายุมากมักมีความสามารถในการเผชิญปัญหา (coping abilities)สูง และรู้สึกว่าตนเองมีความพร้อมในการดูแลบุตรมากขึ้น รู้สึกเติมเต็มในบทบาทของมารดา และมองว่าการตั้งครรภ์เป็นประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยความรู้สึกพึงพอใจและความสำเร็จ ซึ่งอาจช่วยลดผลกระทบจากความเสี่ยง ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างรวดเร็วและมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น[5,18]

2) การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

การศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากเมื่อเผชิญกับความเครียดจะมีการแสดงออกถึงความสามารถในการจัดการตนเอง เนื่องจากมีวุฒิภาวะและมีประสบการณ์ โดยจะมีวิธีการจัดการความเครียด มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) การจัดการความเครียดด้วยตนเอง 2. 2) การจัดการความเครียดด้วยผู้อื่น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การจัดการความเครียดด้วยตนเอง การจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยเน้นการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจ การออกกำลังกายเบา ๆ การปรับเปลี่ยนกิจกรรมยามว่างที่ชื่นชอบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งอายุมากมีการจัดการความเครียดด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสมการผ่อนคลายด้านจิตใจ การสืบค้นข้อมูลทางสื่อออนไลน์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์อื่นผ่านสื่อออนไลน์ การปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ การมองโลกในแง่บวก การยอมรับสถานการณ์และการวางแผนและเตรียมตัวล่วงหน้า ทักษะการเผชิญปัญหาที่ใช้ (coping skills) เช่น การใช้เทคนิคหายใจเพื่อการผ่อนคลาย และการจัดการกับความคิดความกังวลของตนเอง กิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลให้กับหญิงตั้งครรภ์อายุมากได้เป็นอย่างดี[9,15,19]

2.2 การจัดการความเครียดด้วยผู้อื่น ประกอบด้วย การจัดการความเครียดจากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การอธิบายแผนการรักษา และการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ มีกำลังใจในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ สามี มารดา เป็นต้น สอดคล้อง

กับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ใกล้ชิดและตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์อายุมากได้เป็นอย่างดี และการรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การให้ข้อมูลทางการแพทย์ ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัว และการดูแลช่วยเหลือในด้านการบำบัดด้วยวิธีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) สามารถช่วยลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ได้[9,10,16,19]

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการออกแบบระบบการดูแลการจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการได้ตั้งแต่การคัดกรองปัญหาด้านสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการดูแล เช่น การบูรณาการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ การส่งเสริมให้บุคคลในครอบครับเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้คำปรึกษาและดูแลด้านจิตใจ จากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดการกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ลดระดับความเครียด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเครียดระหว่างการตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากและทารกในครรภ์สามารถดำรงชีวิตตลอดการตั้งครรภ์ได้อย่างแข็งแรงและสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. Obstet Gynecol. 2019;133(2):e151-5.
3. Eurostat. Fertility statistics [Internet]. Brussels: European Commission; 2023 [cited 2024 Jan 10]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/11/สถิติสาธารณสุข-2567_final.pdf
5. Ahmad M, Sechi C, Vismara L. Advanced maternal age: A scoping review about the psychological impact on mothers, infants, and their relationship. Behav Sci. 2024;14(3):147. doi:10.3390/bs14030147.
6. วิจิตรา เอกัคคตาจิต. ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มารับบริการในโรงพยาบาลนางรอง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;13(3):71-7.
7. อรทัย แซ่ตั้ง, จรรยา แก้วใจบุญ, ฐิติพร เรือนกุล. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2564;22(3):71-83.
8. Insan N, Weke A, Forrest S, Rankin J. Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022;17(2):e0263760. doi:10.1371/journal.pone.0263760.
9. Araji S, Griffin A, Dixon L, Spencer SK, Peavie C, Wallace K. An overview of maternal anxiety during pregnancy and the post-partum period. J Ment Health Clin Psychol. 2020;4(4):47-56.
10. Glover V. The effects of prenatal stress on child behavioural and cognitive outcomes start at the beginning. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, editors. Encyclopedia on Early Childhood Development

[Internet]. Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2019 [cited 2026 Jun 22]. p. 1-5. Available from: https://www.child-encyclopedia.com/stress-and-pregnancy-prenatal-and-perinatal/according-experts/effects-prenatal-stress-child
11. Jeeratunyasakul K, Roomruangwong C. Prevalence and associated factors of anxiety and depression among advanced maternal age pregnancy. Chula Med J. 2021;65(3):303-10. doi:10.14456/clmj.2021.40.
12. Fusch PI, Ness LR. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. Qual Rep. 2015;20(9):1408-16.
13. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
14. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. Existential-phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press; 1978. p. 48–71.
15. มนฤดี มโนรัตน์, ดารุณี จงอุดมการณ์. การรับรู้ความหมายและการจัดการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป: การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเฉพาะ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(1):98-118.
16. ช่อทิพย์ ผลกุศล, ศิริวรรณ แสงอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(2):24-35.
17. ปิ่นอนงค์ พิมพ์สุวรรณ, ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก. พยาบาลสาร. 2563;47(3):50-60.
18. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ดวงพร แสงสุวรรณ, ณัฏฐากุล บึงมุม, สุภาพักตร์ หาญกล้า. ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;16(1):1-15.
19. ฝนทอง จิตจำนง, นภศพร เทวะเศกสรรค์, กรรณิกา เพ็ชรักษ์. การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2568;15(1):77-90.

การใช้แอปพลิเคชันร่วมกับน้ำยาตรวจสอบการล้างมือเพื่อประเมินตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมในโรงพยาบาลแหลมฉบัง

The Use of a Hand Hygiene Application and Verification Kit for Self-Assessment and Behavior Modification Among Healthcare Personnel: A Case Study in the Internal Medicine Ward, Laem Chabang Hospital

(Received: June 23, 2026; Revised: June 26, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ดิษพล ฐิติวราภรณ์[1] Katsunori kaneko[2] กัณฑิมา ธรรมชาติ[1]
Disapon Thitiwaraporn[1] Katsunori kaneko[2] Kanthima Thammacha[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือในการส่งเสริมการประเมินตนเองด้านความถูกต้องของการปฏิบัติสุขอนามัยมือของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design) ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 40 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการประเมินตนเองด้านความถูกต้องของการปฏิบัติสุขอนามัยมือก่อนและหลังการใช้ แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ DesiCoach® ซึ่งใช้หลักการตอบสนองทางสายตา (Visual Feedback) และให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันที วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed-rank test และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 31.83 ± 7.65 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) และเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 72.5 ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ พบว่าระดับคะแนนความสะอาดของมือจากการประเมินตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยสัดส่วนผู้ที่มีคะแนนมากกว่า ร้อยละ 90 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 45.0 ขณะที่ผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ลดลงจากร้อยละ 17.5 เหลือร้อยละ 2.5 นอกจากนี้คะแนนจากแอปพลิเคชันสูงกว่าคะแนนการประเมินตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (85.55 ± 11.86 เทียบกับ 73.50 ± 11.16 คะแนน; mean difference = 12.05, 95%CI 8.89–15.21, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: สุขอนามัยมือ, การประเมินตนเอง, แอปพลิเคชัน, บุคลากรทางการแพทย์

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of an application-based program combined with a hand hygiene assessment kit in promoting self-assessment of hand hygiene performance accuracy among healthcare personnel in the medical inpatient department of Laem Chabang Hospital. A quasi-experimental study using a one-group pretest–posttest design was conducted among 40 healthcare personnel, including physicians, registered nurses, and nurse assistants. Participants performed self-assessments of hand hygiene performance accuracy before and after using the application-based program in conjunction with the DesiCoach® hand hygiene assessment kit, which utilizes visual feedback principles and provides immediate feedback.

Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the paired t-test. Statistical significance was set at $p < 0.05$.The results showed that the participants had a mean age of 31.83 ±

[1] โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี
[2] Graduate School of Economics, Osaka Metropolitan University

7.65 years. Most participants were female (90.0%) and registered nurses (72.5%). Following the implementation of the application-based program and hand hygiene assessment kit, self-assessed hand cleanliness scores increased significantly ($p < 0.01$). The proportion of participants achieving scores greater than 90% increased from 2.5% to 45.0%, whereas the proportion of those scoring below 60% decreased from 17.5% to 2.5%. In addition, scores obtained from the application-based program and hand hygiene assessment kit were significantly higher than the self-assessment scores (85.55 ± 11.86 vs. 73.50 ± 11.16 points; mean difference = 12.05, 95% CI: 8.89–15.21, $p < 0.001$).

Keywords: Hand hygiene, Self-assessment, Application-based program, Healthcare personnel

บทนำ

การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ (Healthcare-Associated Infections: HAIs) เป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพทั่วโลก ส่งผลกระทบต่ออัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ระบุว่าการทำความสะอาดมือหรือสุขอนามัยมือ (Hand Hygiene) เป็นมาตรการพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล และลดการเกิดการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติสุขอนามัยมืออย่างถูกต้องจึงถือเป็นองค์ประกอบสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)[1,2]

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวคิด “My Five Moments for Hand Hygiene” เพื่อกำหนดช่วงเวลาสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรทำความสะอาดมือ ประกอบด้วย ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการปราศจากเชื้อ หลังสัมผัสสารคัดหลั่งหรือของเสียจากร่างกาย หลังสัมผัสผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย แนวคิดดังกล่าวได้รับการยอมรับในระดับสากลและถูกนำมาใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการส่งเสริมและประเมินการปฏิบัติสุขอนามัยมือของบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก[3] แม้ว่าจะมีการรณรงค์และส่งเสริมสุขอนามัยมืออย่างต่อเนื่อง แต่การศึกษาหลายฉบับยังพบว่าความถูกต้องและความครบถ้วนของเทคนิคการล้างมือหรือการถูมือด้วยแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะบริเวณปลายนิ้ว ซอกนิ้ว หัวแม่มือ และหลังมือ ซึ่งมักถูกละเลย ส่งผลให้การกำจัดเชื้อโรคไม่สมบูรณ์และเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล[4]

ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมการเรียนรู้มาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น โดยเฉพาะระบบที่ให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันที (Immediate Feedback) ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถประเมินผลการปฏิบัติของตนเองและปรับปรุงทักษะได้อย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลย้อนกลับผ่านการมองเห็น (Visual Feedback) ได้รับการรายงานว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้และช่วยพัฒนาความถูกต้องของเทคนิคการทำความสะอาดมือได้อย่างมีนัยสำคัญ[5,6]

DesiCoach®[7] เป็นชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือที่ใช้หลักการตอบสนองทางสายตา (Visual Feedback) ร่วมกับแอปพลิเคชัน ที่ช่วยประเมินความครอบคลุมพื้นที่ในการถูมือ สามารถใช้สำหรับการประเมินตนเองแทนการประเมินจากบุคคล โดยผู้ใช้งานจะถูมือด้วยสารย้อมสีที่มีองค์ประกอบคล้ายผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดมือทั่วไป จากนั้นแอปพลิเคชันจะช่วยประเมินความครอบคลุมของสารบนพื้นผิวมือ ทำให้สามารถระบุบริเวณที่ยังทำความสะอาดไม่ทั่วถึงได้อย่างชัดเจน พร้อมระบุค่าออกมา

เป็นคะแนนความสะอาดจากคะแนนเต็ม 100 จากผลการประเมินนี้บุคลากรสามารถฝึกการล้างมือซ้ำ ๆ จนกว่าสีจะหมดไปจากทุกบริเวณของมือ และฝึกจนเกิดความชำนาญ นำไปสู่การปฏิบัติจนเป็นนิสัยต่อไป กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (Experiential Learning) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการรับรู้ผลการปฏิบัติของตนเอง [8]

จากข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลแหลมฉบังในปี 2566-2567คิดเป็น 0.28 และ 0.12 ต่อ 1,000 วันนอนโดยจากการสังเกตอัตราการทำความสะอาดมือด้วยวิธีdirect observation พบว่ามีอัตราการล้างมือ ปี 2566-2567 คิดเป็นร้อยละ 97.74 และ 95.42 อย่างไรก็ตามวิธีดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการประเมินความถูกต้องและความครอบคลุมของเทคนิคการทำความสะอาดมือ รวมถึงอาจได้รับอิทธิพลจาก Hawthorne Effect ทำให้ผลการประเมินไม่สะท้อนพฤติกรรมที่แท้จริงของบุคลากรทางการแพทย์ การใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือที่ให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันที (Immediate Visual Feedback) อาจเป็นแนวทางที่ช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินตนเองเห็นข้อบกพร่องของเทคนิคการทำความสะอาดมือและปรับปรุงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยทางคลินิก

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวในบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสูง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือต่อการประเมินตนเองด้านความถูกต้องของการปฏิบัติสุขอนามัยมือของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งเปรียบเทียบคะแนนการประเมินตนเองกับคะแนนที่ได้จากระบบประเมิน และประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการล้างมือภายหลังการใช้เครื่องมือดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือในการส่งเสริมการประเมินตนเองด้านความถูกต้องของการปฏิบัติสุขอนามัยมือของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test) ตามแนวทางของ Hulley และคณะ (2013)[9] โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 กำลังการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง (Standard Deviation of Difference) เท่ากับ 10 จากการศึกษานำร่อง และกำหนดผลต่างของค่าเฉลี่ยที่ต้องการตรวจพบเท่ากับร้อยละ 5 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 31 คน เมื่อเผื่อการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20 จึงกำหนดขนาดตัวอย่างสุดท้ายจำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)เป็นแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาล

แหลมฉบัง ปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา และสามารถใช้งานแอปพลิเคชันและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)มีภาวะหรือข้อจำกัดทางกายภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติสุขอนามัยมือ เช่น แผลบริเวณมือหรือโรคผิวหนังรุนแรง และอยู่ระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขอนามัยมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ชุดตรวจสุขภาพอนามัยมือ DesiCoach® มือถือพร้อมโปรแกรมประยุกต์ซึ่งเป็น application ชื่อ DesiCoach@2Go อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้มีผลประโยชน์ทับซ้อน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการส่งเสริมสุขอนามัยมือขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วย และความถี่ในการปฏิบัติสุขอนามัยมือ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการประเมินตนเองเกี่ยวกับการล้างมือ

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการล้างมือ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการและรับสมัครอาสาสมัครตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคำอธิบายรายละเอียดของโครงการและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมแล้ว จะดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน ความรู้ด้านสุขอนามัยมือ และประเมินตนเองเกี่ยวกับความถูกต้องของการปฏิบัติสุขอนามัยมือผ่านแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์

ระยะที่ 2 การดำเนินกิจกรรม (Intervention) ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ DesiCoach® [7] ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้หลักการตอบสนองทางสายตา (Visual Feedback) เพื่อประเมินความครอบคลุมของการทำความสะอาดมือ โดยผู้เข้าร่วมจะได้รับข้อมูลย้อนกลับแบบทันทีเกี่ยวกับบริเวณที่ทำความสะอาดไม่ทั่วถึง และสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำจนเกิดความถูกต้องตามหลักสุขอนามัยมือ ก่อนเริ่มการประเมิน ผู้วิจัยให้ความรู้และสาธิตวิธีการทำความสะอาดมือตามแนวทางมาตรฐาน 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ฝ่ามือถูฝ่ามือ (2) ฝ่ามือถูหลังมือและซอกนิ้ว (3) ฝ่ามือถูฝ่ามือและถูซอกนิ้ว (4) หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ (5) ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบ (6) ปลายนิ้วถูขวางฝ่ามือ และ (7) ถูรอบข้อมือทั้งสองข้าง จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติการทำความสะอาดมือด้วยตนเองตามขั้นตอนดังกล่าว ภายหลังการทำความสะอาดมือ ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้ชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ DesiCoach® [7]และแอปพลิเคชันในการประเมินความครอบคลุมของการทำความสะอาดมือ โดยระบบจะแสดงผลบริเวณที่ยังทำความสะอาดได้ไม่ทั่วถึง พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันที เป็นค่าร้อยละของความสะอาดจากการทำความสะอาดมือ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแก้ไขและฝึกปฏิบัติซ้ำจนเกิดความถูกต้องตามหลักสุขอนามัยมือ

ระยะที่ 3 การประเมินหลังการทดลอง (Post-test) ภายหลังเสร็จสิ้นการใช้แอปพลิเคชันและชุด

ตรวจสอบสุขอนามัยมือ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินร้อยละความครอบคลุมของการทำความสะอาดมือจาก โปรแกรม และประเมินตนเองซ้ำอีกครั้ง



จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ 039/2568 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงาน นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean ± Standard Deviation; SD) หรือค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ (Median and Interquartile Range; IQR) ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ หรือ Wilcoxon signed-rank test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่เป็นปกติ สำหรับเปรียบเทียบความสะอาดของมือ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ เปรียบเทียบคะแนนความสะอาดของมือหลังการทดลองระหว่างการประเมินตนเองกับการประเมินจากโปรแกรมฯ และร้อยละความถูกต้องของการล้างมือก่อนและหลังการได้รับแอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน มีอายุเฉลี่ย 31.83 ± 7.65 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 22–49 ปี เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 72.5) รองลงมาคือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.53 ± 6.91 ปี โดยมี

ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1–30 ปี สำหรับความถี่ในการล้างมือต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่ล้างมือ 16–20 ครั้งต่อวัน และมากกว่า 20 ครั้งต่อวัน ในสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 27.5 รองลงมาคือ 11–15 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 25.0 ด้านประวัติการได้รับการอบรมสุขอนามัยมือ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยได้รับการอบรมมาก่อน (ร้อยละ 52.5) ขณะที่ร้อยละ 37.5 เคยได้รับการอบรมภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา

ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ ระดับคะแนนการประเมินตนเองของบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนผู้ที่มีคะแนนการประเมินตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่า (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ลดลงจากร้อยละ 17.5 เหลือร้อยละ 2.5 และกลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 61–70 ลดลงจากร้อยละ 35.0 เหลือร้อยละ 10.0 ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนผู้ที่มีคะแนนการประเมินตนเองในระดับสูง (คะแนน ร้อยละ 81–90) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 25.0 และผู้ที่มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 90 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 45.0 ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ เมื่อเปรียบเทียบการกระจายของระดับคะแนนก่อนและหลังการได้รับแอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการประเมินตนเองกับผลการประเมินจากแอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ พบว่าคะแนนจากแอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือสูงกว่าคะแนนการประเมินตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (85.55 ± 11.86 เทียบกับ 73.50 ± 11.16 คะแนน, mean difference = 12.05, 95% CI 8.89–15.21, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างมือได้ถูกต้องในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 4 ซึ่งมีสัดส่วนการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.5 เป็น 97.5 และจากร้อยละ 80.0 เป็น 95.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ภายหลังการทดลองพบว่าการปฏิบัติถูกต้องในทุกขั้นตอนมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 90

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความสะอาดของมือระหว่างหลังการทดลองระหว่างการประเมินตนเองกับผลการประเมินจากแอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ (n = 40)

ตัวแปร	Mean ± SD	Mean Difference	t	95% ci	p-value
คะแนนการประเมินตนเอง	73.50 ± 11.16				
คะแนนจากแอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ	85.55 ± 11.86	12.05	-7.72	8.89 to 15.21	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ DesiCoach® ในการส่งเสริมการประเมินตนเองด้านความถูกต้องของการปฏิบัติสุขอนามัยมือของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสะอาดของมือจากการ

ประเมินตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยสัดส่วนของบุคลากรที่มีคะแนนการประเมินตนเองมากกว่าร้อยละ 90 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 45.0 ขณะที่ผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ลดลงจากร้อยละ 17.5 เหลือเพียงร้อยละ 2.5 สะท้อนให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีที่ให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันที (Immediate Feedback) และการตอบสนองทางสายตา (Visual Feedback) สามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงข้อบกพร่องของตนเองและเกิดการปรับปรุงพฤติกรรมการทำความสะอาดมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Widmer และคณะ (2007)[10] ที่พบว่าการฝึกอบรมร่วมกับการใช้สารเรืองแสงและการประเมินผลด้วยภาพสามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มองเห็นบริเวณที่ทำความสะอาดมือได้ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ความถูกต้องของเทคนิคการทำความสะอาดมือและประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อจุลชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงภาพ (Visual Feedback) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับปรุงพฤติกรรมสุขอนามัยมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ที่ระบุว่าการปรับปรุงสุขอนามัยมือควรดำเนินการภายใต้กลยุทธ์แบบพหุปัจจัย (WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงระบบ (System Change) 2) การฝึกอบรมและการให้ความรู้ (Training and Education) 3) การประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Evaluation and Feedback) 4) การใช้สื่อเตือนความจำในสถานที่ทำงาน (Reminders in the Workplace) และ 5)การสร้างวัฒนธรรมและบรรยากาศความปลอดภัยภายในองค์กร (Institutional Safety Climate) โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรสามารถตระหนักถึงจุดบกพร่องของตนเองและปรับปรุงการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง[1,11] การที่ระบบ DesiCoach® มีคุณลักษณะเด่นในการแสดงผลบริเวณที่ทำความสะอาดมือได้ไม่ทั่วถึงทันทีหลังการปฏิบัติ ทำให้ผู้ใช้งานสามารถเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการได้รับคำแนะนำเชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษายังสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของ Kolb[12] ซึ่งเสนอว่าการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการลงมือปฏิบัติจริง การสะท้อนผลลัพธ์ และการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติครั้งต่อไป ในการศึกษานี้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับโอกาสในการทดลองปฏิบัติการทำความสะอาดมือด้วยตนเอง พร้อมทั้งได้รับข้อมูลย้อนกลับที่เป็นรูปธรรมจากระบบ ทำให้สามารถรับรู้ข้อผิดพลาดและปรับปรุงวิธีการล้างมือได้ทันที กระบวนการดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและเพิ่มความตระหนักรู้ในพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kühnel และคณะ (2023)[8]ซึ่งประเมินการใช้การฝึกสุขอนามัยมือผ่านระบบดิจิทัล DesiCoach 2Go ร่วมกับการประเมินด้วย Visirub ในกลุ่มนักศึกษาแพทย์และนักศึกษารังสีเทคนิค โดยพบว่าผู้ที่ได้รับการฝึกแบบดิจิทัลก่อนการประเมินมีช่องว่างของพื้นที่ที่ถูมือไม่ทั่วถึง (wetting gaps) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =

0.0047) แสดงให้เห็นว่าการฝึกแบบดิจิทัลร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับสามารถช่วยพัฒนาทักษะการทำความสะอาดมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือช่วยเพิ่มคะแนนการประเมินและส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าคะแนนที่ได้จากแอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือสูงกว่าคะแนนการประเมินตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (85.55 ± 11.86 เทียบกับ 73.50 ± 11.16 คะแนน; $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์อาจมีแนวโน้มประเมินความสามารถในการปฏิบัติสุขอนามัยมือของตนเองคลาดเคลื่อนจากผลการปฏิบัติจริง ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดของการประเมินตนเองซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ ประสบการณ์และความมั่นใจของแต่ละบุคคล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ David A Davis และคณะ[13] ซึ่งพบว่าแพทย์และบุคลากรสุขภาพมีความสามารถจำกัดในการประเมินสมรรถนะของตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยผลการประเมินตนเองมักไม่สอดคล้องกับการประเมินจากผู้สังเกตหรือเครื่องมือวัดภายนอก ส่งผลให้การใช้เครื่องมือประเมินที่มีความเป็นมาตรฐานและให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นรูปธรรมสามารถช่วยเพิ่มความแม่นยำในการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้มากขึ้น

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ (1) เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (2) ขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อยและมาจากโรงพยาบาลเดียว ทำให้การอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่นอาจมีข้อจำกัด (3) การประเมินผลเป็นการวัดระยะสั้นภายหลังการใช้งานทันที จึงยังไม่สามารถยืนยันของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวได้

สรุป

แอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือ DesiCoach® สามารถส่งเสริมการประเมินตนเองและเพิ่มความถูกต้องของการปฏิบัติสุขอนามัยมือของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันทีช่วยให้ผู้ใช้งานตระหนักถึงข้อบกพร่องและปรับปรุงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทคโนโลยีดังกล่าวจึงเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรนำแอปพลิเคชันร่วมกับชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือที่ให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันที (Immediate Visual Feedback) มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัยมือของบุคลากรทางการแพทย์

2. หน่วยงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control Program) ควรประยุกต์ใช้เครื่องมือดังกล่าวร่วมกับการอบรมสุขอนามัยมือประจำปี

3. ควรนำระบบการประเมินด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ควบคู่กับการประเมินแบบ Direct Observation เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความแม่นยำในการประเมินคุณภาพการปฏิบัติสุขอนามัยมือ ลดข้อจำกัดจาก Hawthorne Effect และความคลาดเคลื่อนจากผู้ประเมิน

4. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ การประเมินตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial หรือ Controlled Quasi-experimental Study) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแอปพลิเคชันและชุดตรวจสอบสุขอนามัยมือเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอบรมหรือการส่งเสริมสุขอนามัยมือแบบปกติ

2. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการศึกษาไปยังบริบทของสถานพยาบาลอื่น ๆ

3. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน ภายหลังการใช้โปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขอนามัยมือและประสิทธิผลในการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

4. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม เช่น อัตราการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ (Healthcare-Associated Infections; HAIs) อัตราการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และต้นทุนด้านการรักษาพยาบาล เพื่อประเมินผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. WHO guidelines on hand hygiene in health care [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906.
2. A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/a-guide-to-the-implementation-of-the-who-multimodal-hand-hygiene-improvement-strategy.
3. Five moments for hand hygiene [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/five-moments-for-hand-hygiene.
4. Stewardson A, Allegranzi B, Sax H, Kilpatrick C, Pittet D. Back to the future: rising to the Semmelweis challenge in hand hygiene. Future Microbiol. 2011; 6(8):855–76.
5. Németh IAK, Nádor C, Szilágyi L, Lehotsky Á, Haidegger T. Establishing a Learning Model for Correct Hand Hygiene Technique in a NICU. J Clin Med. 2022; 11(15):4276.
6. Rittenschober-Böhm J, Strassl J, Kletecka-Pulker M, Szerémy P, Haidegger T, Ferenci T, et al. Evaluation of a Video-Based Concept for Hand Hygiene Education of Parents in a Neonatal Intensive Care Unit. Healthcare [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2024 [cited 2026 Jun 17]; 12(17). Available from: https://www.mdpi.com/2227-9032/12/17/1766.
7. DesiCoach® – practice disinfection, protect health. [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.heyfair.de/en/.
8. Kühnel C, Salomo S, Pagiatakis H, Hübner J, Seifert P, Freesmeyer M, et al. Medical Students' and Radiology Technician Trainees' eHealth Literacy and Hygiene Awareness—Asynchronous

and Synchronous Digital Hand Hygiene Training in a Single-Center Trial. Healthcare. 2023; 11:1475.

9. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Designing Clinical Research. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
10. Widmer AF, Conzelmann M, Tomic M, Frei R, Stranden AM. Introducing alcohol-based hand rub for hand hygiene: the critical need for training. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007; 28(1):50–4.
11. Hand hygiene tools and resources [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control/hand-hygiene/monitoring-tools.
12. Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Pearson Education, Incorporated; 2015.
13. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. JAMA. 2006; 296(9):1094–102.

การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย

Pain Management and Outcomes in Patients Undergoing Craniotomy: A Scoping Review.

(Received: April 2,2026 ; Revised: June 3,2026 ; Accepted: June 17,2026)

วรรษมณฑ์ วงศ์วรรณ[1] ปะราลี โอภาสนันท์[2]
Vatsamon Wongwan[1] Paralee Opasanant [2]

บทคัดย่อ

การทบทวนขอบเขตงานวิจัย (scoping review) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจ รวบรวม และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความปวดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Arksey and O'Malley (2005) ร่วมกับแนวทาง PRISMA-ScR สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ SciSpace, Google Scholar, PubMed และ Thai Jo ครอบคลุมช่วงปี พ.ศ. 2559–2568 จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 30 เรื่อง

ผลการศึกษา: ลักษณะงานวิจัย: ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) ร้อยละ 59.94 รองลงมาเป็นการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ร้อยละ 23.31 แนวทางการจัดการความปวด: พบการใช้กลยุทธ์การระงับปวดแบบหลายขนาน (Multimodal analgesia) โดยเฉพาะการใช้เทคนิคระงับความรู้สึกเฉพาะที่ร่วมกับยาระงับปวดทั่วร่างกาย (ร้อยละ 73.26) ซึ่งให้ประสิทธิภาพสูงกว่าการใช้ยาโอปิออยด์เพียงอย่างเดียว เทคนิคระงับความรู้สึกเฉพาะที่ที่มีหลักฐานชัดเจน ได้แก่ การฉีดยาชาสกัดเส้นประสาทหนังศีรษะ (scalp nerve block) และการแทรกซึมยาชาในชั้นใต้ผิวหนังหนังศีรษะ (scalp infiltration) โดยใช้ยา ropivacaine และ bupivacaine เป็นหลัก ยานอนโอปิออยด์ที่พบการใช้สูงสุด ได้แก่ paracetamol/acetaminophen (ร้อยละ 56.61) และ NSAIDs (ร้อยละ 30.00) ส่วนยาเสริมที่พบบ่อย ได้แก่ dexmedetomidine (ร้อยละ 29.97) และ gabapentinoids (ร้อยละ 16.55) นอกจากนี้ยังพบการใช้แนวทางการฟื้นตัวเร็ว (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) และการบำบัดเสริม ได้แก่ การฝังเข็มที่จุด P6 ซึ่งช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและบรรเทาความปวดในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงดนตรีบำบัดที่มีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลและส่งผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การจัดการความปวด ผลของการจัดการความปวด ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ การทบทวนขอบเขตงานวิจัย การระงับปวดแบบหลายขนาน

Abstract

This scoping review aimed to explore, collect, and synthesize empirical evidence regarding pain management strategies and their clinical outcomes in patients undergoing craniotomy.

Methods: The study was conducted following the Arksey and O'Malley framework (2005) and the PRISMA-ScR guidelines. Data were systematically searched through electronic databases, including SciSpace, Google Scholar, PubMed, and ThaiJo, covering the period from 2016 to 2025. A total of 30 studies met the inclusion criteria.

Results: The majority of the studies were randomized controlled trials (RCTs) (59.94%), followed by meta-analyses (23.31%). Regarding pain management strategies, multimodal analgesia was the predominant approach, particularly the combination of local anesthesia and systemic analgesics (73.26%), which demonstrated higher efficacy than opioid-only regimens. Evidence strongly supported the use of local anesthesia techniques, specifically scalp nerve blocks and scalp infiltration, primarily utilizing ropivacaine and bupivacaine. The most frequently used non-opioid medications were paracetamol/acetaminophen (56.61%) and NSAIDs (30.00%), while common adjuvant medications included dexmedetomidine (29.97%) and gabapentinoids (16.55%). Furthermore, the integration of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols and complementary therapies, such as P6 acupoint stimulation, was found to reduce

[1] นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา Corresponding author

postoperative nausea, vomiting, and pain. Additionally, music therapy was identified as an effective intervention for reducing anxiety and influencing pain perception in patients.

Keywords: Pain management, outcomes of pain management, Patients Undergoing Craniotomy, scoping review, multimodal analgesia

บทนำ

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) เป็นหัตถการทางศัลยกรรม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Pressure: ICP) ที่เพิ่มสูงขึ้นจากภาวะสมองบวม เลือดออกในสมอง หรือพยาธิสภาพอื่น ๆ การผ่าตัดนี้จะช่วยเพิ่มพื้นที่ให้เนื้อสมองขยายตัว ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายรุนแรงเพิ่มเติมต่อเนื้อสมอง มักทำในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury) หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) [1,2] ความปวดหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เป็นปัญหาสำคัญทางคลินิกที่พบบ่อยแต่ถูกประเมินค่าต่ำกว่าความเป็นจริง โดยจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสรีรวิทยาที่มีความซับซ้อนสูง อาการปวดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ความปวดเฉียบพลัน เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อสมอง เยื่อหุ้มสมอง และกระดูกกะโหลกศีรษะ งานวิจัยในปัจจุบันยืนยันว่าโครงสร้างโดยรอบ เช่น หลอดเลือดและเยื่อหุ้มสมอง มีระบบประสาทรับความรู้สึกปวด (Nociceptors) ที่ไวต่อสารเคมีที่หลั่งออกมา ระหว่างการผ่าตัด อาทิ Prostaglandins และ Histamine [3,4] ข้อมูลเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่า ความปวดชนิดนี้พบได้ในผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 90 โดยมักมีความรุนแรงในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด [5,6] ความปวดเรื้อรัง: พบในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 ซึ่งมีอาการปวดศีรษะต่อเนื่องนานกว่า 2–3 เดือนภายหลังการรักษา[7]

กลไกการเกิดความปวดไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบสรีรวิทยาอย่างรุนแรง การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกจากความปวดทำให้เกิดการหลั่งคาทีโคลามีน นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองนั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดภาวะเลือดออกซ้ำ หรือสมองบวมเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมความซึมผ่านของหลอดเลือด (Vascular Permeability) จนนำไปสู่ภาวะบาดเจ็บสมองระยะที่สอง (Secondary Brain Injury)[8] นอกจากนี้ ความปวดที่ได้รับการจัดการไม่เพียงพอยังส่งผลยับยั้งระบบภูมิคุ้มกัน และเพิ่มความต้องการพลังงานและออกซิเจนของเซลล์สมอง (Hypermetabolism) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการฟื้นตัวของผู้ป่วย[9] อย่างไรก็ตาม การจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตทางระบบประสาทมีข้อจำกัดทางคลินิกที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำ (GCS 3-8 คะแนน) ซึ่งไม่สามารถสื่อสารหรือรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง (Self-report) นอกจากนี้ทีมผู้รักษาอาจมีความกังวลว่าการให้ยาแก้ปวดในกลุ่มกดประสาทอาจบดบังอาการแสดงทางคลินิกหรือระดับความรู้สึกตัว ทำให้การประเมินความปวดในทางปฏิบัติถูกละเลยหรือให้ความสำคัญเป็นลำดับรอง (Secondary priority) เมื่อเทียบกับการคงไว้ซึ่งสัญญาณชีพพื้นฐาน [10,11] ทั้งนี้ สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (IASP) และองค์กร JCAHO ได้กำหนดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพลำดับที่ 5 ที่ต้องได้รับการประเมินและบันทึกอย่างเป็นระบบ[12]

จากการสืบค้นเบื้องต้นพบว่า แม้จะมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป แต่การสังเคราะห์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองในบริบทที่ซับซ้อนยังมีอยู่อย่างจำกัด [13] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกทางสรีรวิทยา ผลกระทบ และแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางสำคัญสำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในการพัฒนา

รูปแบบการประเมินและการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทบทวนขอบเขตรายละเอียดที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนขอบเขตของงานวิจัย (Scoping Review) โดยดำเนินการตามแนวทางของ PRISMA-ScR ร่วมกับกรอบแนวคิดของ Arksey and O'Malley ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดคำถามการวิจัย

กำหนดคำถามการวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิด PCC (Population–Concept–Context) ของ Joanna Briggs Institute ดังนี้

- Population (P) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
- Concept (C) การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวด
- Context (C) ระยะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสำรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559–2568 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ SciSpace, Google Scholar, PubMed, Thai jo โดยดำเนินการสืบค้นระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเมษายน 2568 คำหลักในการสืบค้น คือ “การจัดการความปวด” “ผลของการจัดการความปวด” “ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ” “pain management” “craniotomy” “post craniotomy” ใช้คำเชื่อม คือ และ หรือ AND, OR

ขั้นตอนที่ 3 การคัดเลือกการศึกษา

ผู้วิจัยอ่านเอกสารและงานวิจัยรอบที่หนึ่งเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาสาระและเพียงพอที่จะนำมาสังเคราะห์ได้ และประเมินเอกสารและงานวิจัยตามแบบคัดกรองงานวิจัย หลังจากนั้นอ่านเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์รอบที่สองโดยละเอียดและบันทึกข้อมูลลงในแม่แบบการทบทวน (review matrix) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึก หากพบว่าไม่ครบถ้วนหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะอ่านงานใหม่อีกรั้งและบันทึกเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 5 การรวบรวม สรุป และรายงานผล สรุปและนำเสนอผลการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยจากข้อมูลในแม่แบบการทบทวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองงานวิจัย พัฒนาตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกที่กำหนด ได้แก่ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ระหว่างปี พ.ศ. 2559–2568

ส่วนที่ 2 แม่แบบการทบทวน ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมด้วยวิธีแมทริกซ์ (matrix method) ของการ์รารด์ (Garrad, 2013) ในรูปตารางที่ประกอบด้วยแถว (rows) และสดมภ์ (collumns) แต่ละแถวของตาราง หมายถึง ชื่อผู้เขียน (ปี) ชื่อเรื่อง รูปแบบงานวิจัย การจัดการความปวด ได้แก่ วิธีใช้ยา และเทคนิค/วิธีไม่ใช้ยา ผลของการจัดการความปวด (Outcomes) ได้แก่ เครื่องมือประเมินความปวด และผลลัพธ์ที่สำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) เพื่อพรรณนาให้ทราบลักษณะทั่วไปของเอกสารและงานวิจัย โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency

distribution) และคำนวณค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลเอกสารและงานวิจัยที่จำแนกในแต่ละหมวดรายการ

2. ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในประเด็น วิธีการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การทบทวนงานวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาลักษณะของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการจัดการความปวดข้อค้นพบสำคัญของงานวิจัยที่สืบค้นได้ ได้แก่

1. งานวิจัยทั้งหมด แบ่งออกเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 17 ฉบับ[18-21,23-27,31,34-36,39] คิดเป็นร้อยละ 59.94 การวิเคราะห์เมตา 7 ฉบับ[13-16,28-30] คิดเป็นร้อยละ 23.31 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 4 ฉบับ[6,7,36,38] คิดเป็นร้อยละ 13.33 และงานวิจัยกึ่งทดลอง (การวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม)/งานวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ 1 ฉบับ[40] คิดเป็นร้อยละ 3.33 ชนิดของการผ่าตัด: แบ่งตามเทคนิคการผ่าตัด พบการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ 26 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.68 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว 4 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 13.32 แบ่งตามความเร่งด่วนของการผ่าตัด: เป็นการผ่าตัดแบบเลือกเวลา 23 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 76.67 การผ่าตัดฉุกเฉิน 2 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.67 และการผ่าตัดเร่งด่วน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 3.33 แบ่งตามพยาธิสภาพของโรค: เนื้องอกในสมมอง 15 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 50.00 โรคหลอดเลือดสมอง 4 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 13.32 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.67

2. วิธีการจัดการความปวด พบว่ามีวิธีการจัดการความปวด 2 วิธีหลัก คือ 1) วิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยา และ 2) วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา วิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยาเป็นวิธีที่พบมาก ร้อยละ 100 ส่วนวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ ร้อยละ 19.99[6,7,13,19,36,38]

2.1 วิธีการจัดการความปวดโดยการใช้ยา พบการใช้ร่วมกันระหว่างยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่กับยาระงับปวดทั่วร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 73.26[6,7,13-17,19-21,23-28,34,35,38,39,42,43] รองลงมาได้แก่การใช้ยาระงับปวดทั่วร่างกาย ร้อยละ 16.65[18.30.36.40.41] ส่วนการใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่พบร้อยละ 9.99[29,30,37]

2.1.1 กลุ่มยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่พบการใช้เพียงกลุ่มเดียว คือ Amides ยาที่พบการใช้มากที่สุดคือ Bupivacaine[6,13,15,16,21,26,28-30,34,37,39,42,43] และ Ropivacaine[6,13,15,20,21,23-25,27-30,35,37] พบในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 46.62 รองลงมา ได้แก่ Lidocaine พบการใช้ร้อยละ 16.65 ส่วน Levobupivacain พบร้อยละ 13.32 การใช้ยาร่วมกันระหว่าง Amides กับ Adjuvant medication พบการใช้ยา Bupivacaine + Epinephrine ร้อยละ 13.33 รองลงมาได้แก่ Bupivacaine + Lidocaine + Epinephrine ร้อยละ 6.66 ส่วน Lidocaine + Epinephrine, Bupivacaine + Lidocaine, Bupivacaine + Dexmedetomidine และ Ropivacaine + Dexmedetomidine มีสัดส่วนการใช้เท่ากัน ร้อยละ 3.33 ตำแหน่งการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่พบ Scalp Nerve block ร้อยละ 56.61[6,7,13,15,16,20,21,24-26,29,30,35,37-39,43] และ Scalp infiltration ร้อยละ 46.62 [6,7,13,15,16,23,25,26,28,30,34,37,38,42]

2.2.2 กลุ่มยาระงับปวดทั่วร่างกาย พบการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ และนอน-โอปิออยด์ กลุ่มโอปิออยด์พบการใช้มากที่สุดคือ ยา Morphine ร้อยละ 46.62[6,13,16,-19,21,23,28,36,37,39,40,42] รองลงมา ได้แก่ Fentanyl ร้อยละละ29.97 และ Tramadol ร้อยละ 19.98 ส่วน Midazolam และ Pentazocine พบการใช้น้อยที่สุดในอัตราส่วนเท่ากันร้อยละ 3.33 ยากลุ่ม

นอน-โอปิออยด์ พบการใช้ Paracetamol มากที่สุด ร้อยละ 56.61[6,7,13,14,16-18,21,23,26-28,36,38-40,42] รองลงมา ได้แก่ NSAIDs ร้อยละ 30.00 และ Diclofenac ร้อยละ 13.32 ส่วน Flurbiprofen, Ibuprofen, Dexketoprofen ,Tenoxicam และ Flupirtine พบการใช้น้อยที่สุดในอัตราส่วนเท่ากันร้อยละ 3.33 ยาแก้ปวดกลุ่มอื่น ๆ (Adjuvant) พบการใช้ Dexmetomidine ร้อยละ 29.67[7,13-16,20,21,38,39] รองลงมา ได้แก่ Gabapentin ร้อยละ 16.65 Pregabalin, Lidocaine พบการใช้ในอัตราส่วนเท่ากันร้อยละ 9.99 Ketamine, Magnesium sulfate พบการใช้ในอัตราส่วนเท่ากันร้อยละ 3.33

2.2 วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา พบการฝังเข็มมากที่สุด ร้อยละ 9.99 การนวดและประคบเย็น มีสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 3.33 ระยะเวลาการจัดการความปวด พบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 93.24 รองลงมา ได้แก่ ระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 79.92 ส่วนก่อนผ่าตัดพบน้อยที่สุด ร้อยละ 29.97

3. ผลของการจัดการความปวด การวัดผลลัพธ์ในแต่ละการศึกษา กำหนดไว้ใน 2 มิติหลัก ดังนี้:

3.1 ผลลัพธ์เชิงคลินิกเบื้องต้น (Primary Clinical Outcomes)

1) Pain Intensity Scores: ประเมินผ่านมาตรวัดมาตรฐาน เช่น Visual Analog Scale (VAS) หรือ Numerical Rating Scale (NRS) ร้อยละ 100

2) Opioid-Sparing Effect พบร้อยละ 83.33[1-13,15,16,18,20-39,41,42] และ Time to first rescue analgesia/pain-freeinterval / duration of analgesia ร้อยละ 36.37[6,7,14,18,23,24,26,35-37,39]

3.2 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพและภาวะแทรกซ้อน (Secondary Outcomes

1) ภาวะแทรกซ้อน พบอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ร้อยละ 56.67[13-16,21,23-26,30,35,36,38,39,40,41,43] ภาวะง่วงซึมและภาวะกดการหายใจ พบร้อยละ 33.33 ส่วนความคงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต พบร้อยละ 26.67

2) ผลเชิงคุณภาพ พบความพึงพอใจของผู้ป่วยร้อยละ 23.33[15,17,21,27,36,40,42] ความปวดเรื้องรัง ร้อยละ 20.00 และระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 16.67

สรุปและอภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุมผ่านการสังเคราะห์ผลการวิจัย ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2016 ถึง 2025 นำไปสู่ข้อสรุปสำคัญดังนี้

1. แนวโน้มการจัดการความปวดแบบหลายขนาน (Multimodal Analgesia): การทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุมโดยสังเคราะห์ผลการวิจัยจำนวน 30 เรื่อง[6,7,13-21,23-31,34,36-43] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials: RCTs) และการวิเคราะห์อภิมาน (Systematic Review/Meta-analysis) แสดงให้เห็นว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากการใช้ยา opioids เป็นหลักไปสู่แนวทางการระงับปวดแบบหลายขนาน (Multimodal Analgesia) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากต้องได้รับการประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง การใช้ opioid ในขนาดสูงอาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม กดการหายใจ หรือบดบังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้ ดังนั้นแนวทางที่ลดการพึ่งพา opioid จึงมีความสำคัญต่อทั้งประสิทธิภาพการระงับปวดและความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Galvin et al.[14] ที่พบว่า NSAIDs มีหลักฐานช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในช่วง 24 ชั่วโมงแรก และ dexmedetomidine รวมถึง scalp block อาจช่วยลดความปวดและลดการใช้ยาแก้ปวดเสริมได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทาง PROSPECT ของ Mestdagh et al.[15] ที่แนะนำให้ใช้ paracetamol, NSAIDs/COX-2 inhibitors, dexmedetomidine ระหว่างผ่าตัด และเทคนิคระงับปวดเฉพาะที่ เช่น scalp nerve block หรือ incision-site infiltration

โดยสงวน opioid ไว้เป็น rescue analgesia เมื่อจำเป็น ซึ่งแนวทางดังกล่าวยังได้รับการสนับสนุนจาก Fiore et al.[15] และ Darmawikarta et al.[16] ที่ยืนยันว่าการระงับปวดแบบปลอดหรือลด opioid มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

2. ยาระงับปวดระบบทั่วร่างกายกลุ่มนอน-โอปิออยด์ (Systemic Non-opioid Analgesics): ในกลุ่มยาระงับปวดระบบทั่วร่างกายกลุ่มนอน-โอปิออยด์ พบผลลัพธ์ที่แตกต่างกันตามชนิดยาและบริบทการใช้ การศึกษาของ Salimi et al.[17] พบว่า IV ibuprofen ให้ผลด้านการควบคุมความปวดและความพึงพอใจใกล้เคียงกับการใช้ morphine ร่วมกับ paracetamol โดยไม่พบผลต่อการแข็งตัวของเลือดหรือการทำงานของเกล็ดเลือด ซึ่งนับเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก ในขณะที่ Sivakumar et al.[18] พบว่า IV acetaminophen มีความปลอดภัยและอาจช่วยลดคะแนนความปวดได้ในบางช่วงเวลา แต่ไม่แสดง opioid-sparing effect อย่างชัดเจน สอดคล้องกับข้อสรุปของ Qu et al.[19] ที่ใช้แนวทาง Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) และพบว่าการใช้ยาระงับปวดหลายขนานร่วมกันช่วยลดการใช้ opioid ระยะหลังผ่าตัด ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนว่า non-opioid analgesics ควรใช้เป็นองค์ประกอบของ multimodal analgesia มากกว่าใช้ทดแทน opioid ได้ทั้งหมดในฐานะยาเดี่ยว

สำหรับยาเสริม (Adjuvant medications) พบว่า dexmedetomidine ได้รับการศึกษามากที่สุด โดย Pan et al.[20] พบว่าการใช้ dexmedetomidine ร่วมกับ scalp block แบบ ultrasound-guided ช่วยลดคะแนนความปวดและรักษาเสถียรภาพของระบบไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังพบการใช้ gabapentinoids, ketamine และ magnesium sulfate เป็นยาเสริมในหลายการศึกษา ซึ่ง Negm et al.[21] ยืนยันในการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมว่า multimodal analgesia ที่ประกอบด้วยยากลุ่มนี้สามารถลดการใช้ opioid หลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. เทคนิคระงับปวดเฉพาะที่บริเวณหนังศีรษะ (Regional and Local Analgesia): เทคนิคระงับปวดเฉพาะที่บริเวณหนังศีรษะถือเป็นวิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดความปวดหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดย scalp nerve block และ scalp infiltration เป็นวิธีที่ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางและมีหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะการใช้ ropivacaine หรือ bupivacaine เพื่อยับยั้งการส่งสัญญาณความปวดจากหนังศีรษะและแผลผ่าตัดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง เทคนิคดังกล่าวสอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เนื่องจากความปวดส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บของหนังศีรษะ กล้ามเนื้อ เยื่อหุ้มกะโหลก และเนื้อเยื่อรอบแผลผ่าตัด มากกว่าเนื้อสมองโดยตรง[13,22] การทบทวนพบหลักฐานสนับสนุนเทคนิคระงับปวดเฉพาะที่บริเวณหนังศีรษะจากหลายการศึกษา Zhou et al[23] พบว่าการทำ scalp infiltration ด้วย 0.5% ropivacaine ก่อนลงมีดช่วยลดการใช้ morphine ภายใน 24 ชั่วโมงและยืดระยะเวลาถึง rescue analgesia แม้คะแนน VAS จะไม่แตกต่างในทุกช่วงเวลา Yang Y. et al[24] พบว่า scalp nerve block ด้วย ropivacaine ความเข้มข้น 0.5% มีผลลดปวดหลังผ่าตัดและช่วยให้ hemodynamic response ระหว่างผ่าตัดมีเสถียรภาพมากขึ้น ส่วน Yang X. et al.[25] แสดงให้เห็นว่า scalp nerve block ด้วย ropivacaine ให้ผลดีกว่า local infiltration และ routine analgesia ในการลด pain intensity, oxycodone consumption และ inflammatory response ในผู้ป่วยผ่าตัด cerebral aneurysm นอกจากนี้ Vallapu et al.[26] พบว่าการให้ dexmedetomidine เป็น adjuvant ร่วมกับ bupivacaine ใน scalp block สามารถยืดระยะเวลาปลอดปวดและลด rescue analgesic requirement ได้ โดย scalp nerve block ให้ผลดีกว่า scalp infiltration ในการยืดระยะเวลาระงับปวด Shukla et al.[27] เสนอเทคนิค ropivacaine instillation ผ่าน

subgaleal drain ซึ่งให้ผลลดคะแนน NRS ได้ดีในระยะแรกหลังผ่าตัด เพิ่มระยะเวลาระงับปวด และลดความต้องการยาแก้ปวดเสริม ผลการศึกษาของ Chen et al.[28] และ Duda et al.[29] ยืนยันประสิทธิภาพของ scalp block ในการลดคะแนนความปวดและการใช้ opioid หลังผ่าตัด รวมถึง Kraft et al.[30] ที่ใช้ network meta-analysis เปรียบเทียบเทคนิคต่าง ๆ และพบว่า scalp nerve block มีแนวโน้มให้ผลดีกว่า scalp infiltration เพียงอย่างเดียว เทคนิคเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบ regional/local analgesia ยังคงเป็นทิศทางสำคัญของการวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิกในอนาคต

4. การบำบัดเสริม (Complementary and Non-pharmacological Therapies): นอกเหนือจากการจัดการความปวดด้วยวิธีใช้ยาแล้วยังพบหลักฐานสนับสนุนการบำบัดเสริมที่ไม่ใช้ยา Lv et al.[31] พบว่าการฝังเข็มที่จุด P6 (Neiguan Acupoint) สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและบรรเทาความปวดในระยะหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ งานวิจัยในบริบทไทยของจรวยพร ใจสิทธิ์ และคณะ[32] แสดงให้เห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงสุพิมล กิจบรรยงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร[33] ที่ศึกษาการประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเครื่องมือประเมินพฤติกรรมความปวดมีความจำเป็นอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรายงานความปวดด้วยตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ทางการพยาบาล

1.1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยเน้นการประเมินความปวดอย่างเป็นระบบ การเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท และการติดตามผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด โดยเฉพาะ opioid และ dexmedetomidine

1.2 ส่งเสริมการใช้แนวทาง multimodal analgesia ร่วมกับ opioid-sparing strategy ในหน่วยงานศัลยกรรมประสาทหรือหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการลดปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการใช้ opioid และลดอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจรบกวนการประเมินทางระบบประสาท

1.3 กำหนดมาตรฐานการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น NRS หรือ VAS ในผู้ป่วยที่สื่อสารได้ และใช้เครื่องมือเชิงพฤติกรรม ร่วมกับการประเมินทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้

1.4 บูรณาการวิธีไม่ใช้ยาในแผนการพยาบาล เช่น การจัดท่า การให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านจิตใจ การลดสิ่งรบกวน การผ่อนคลาย และการดูแลสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการจัดการความปวดแบบองค์รวม

1.5 มีระบบบันทึกและติดตามผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ pain score, opioid consumption, rescue analgesia requirement, sedation score, PONV, agitation, length of hospital stay และ patient satisfaction เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง

2. ด้านนโยบายและการบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลสนับสนุนให้มีแนวปฏิบัติหรือ clinical nursing pathway สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยเชื่อมโยงการจัดการความปวดเข้ากับการเฝ้าระวังทางระบบประสาทและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

2.2 จัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ การใช้เครื่องมือประเมินความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา opioid และการจัดการความปวดแบบ multimodal analgesia

2.3 ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล ศัลยแพทย์ระบบประสาท วิสัญญีแพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เพื่อกำหนดแผนการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

แต่ละราย

3. สำหรับการวิจัยในอนาคต

3.1 การทำวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (Experimental & Quasi-experimental Studies) ในบริบทประเทศไทย เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดแบบ multimodal analgesia ในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

3.2 การวิจัยเชิงประยุกต์โดยศึกษาผลของการนำแนวทางการฟื้นตัวที่รวดเร็ว (Enhanced Recovery After Surgery) มาใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย

3.3 พัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต (Assessment Tool Development) จากปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำ (GCS 3-8 คะแนน) ไม่สามารถสื่อสารความปวดได้

3.4 การศึกษานวัตกรรมและการบำบัดเสริม (Innovation & Complementary Therapy) นวัตกรรมการจัดการความปวดโดยพยาบาล: ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรมทางการพยาบาลในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological)

3.5 การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว (Long-term Outcomes): การศึกษาติดตามผล (Longitudinal Studies): ควรมีการวิจัยที่ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง 3-6 เดือน เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิด “ภาวะปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต”

3.6 การวิจัยเชิงระบบและบุคลากรสุขภาพ (Systems & Health Provider Research)

3.6.1 อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริม: ศึกษาทัศนคติและความกังวลของพยาบาล/แพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อลดความกังวลเรื่องการบดบังอาการทางระบบประสาท

3.6.2 การวิเคราะห์ความคุ้มค่า (Economic Evaluation): วิจัยเปรียบเทียบต้นทุนและความคุ้มค่าระหว่างการจัดการความปวดแบบเดิมกับการใช้เทคนิคขั้นสูง เช่น Ultrasound-guided Scalp Block

เอกสารอ้างอิง

1. American Association of Neurological Surgeons. Brain surgery. 2022.
2. Maas AI, Menon DK, Manley GT, Abrams M, Akerlund C, Andelic N, et al. Traumatic brain injury: progress and challenges. Lancet Neurol. 2022;21(11):1004–1060.
3. Chowdhury T, Garg R, Sheshadri V, Venkatraghavan L, Bergese SD, Cappellani RB, et al. Perioperative factors contributing to post-craniotomy pain. Front Med. 2017;4:23.
4. De Gray LC, Matta BF. Acute and chronic pain following craniotomy: a review. Anaesthesia. 2005;60:693–704.
5. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg. 2003;97(2):534–540.
6. Samagh N, Jangra K, Dey A. Post-craniotomy pain: an update. J Neuroanaesthesiol Crit Care. 2023;10(1):21–30.
7. Vacas S, Van de Wiele B. Designing a pain management protocol for craniotomy: a narrative review and consideration of promising practices. Surg Neurol Int. 2017;8:291.
8. Luaute J, Plantier D, Wiart L, Tell L. Care management of agitation/aggressiveness in patients with traumatic brain injury. Ann Phys Rehabil Med. 2016;59(1):58–67.
9. Hansen MS, Brennum J, Moltke FB, Dahl JB. Pain treatment after craniotomy: where is the (procedure-specific) evidence? Eur J Anaesthesiol. 2011;28(12):821–829.
10. Herr K, Coyne PJ, Ely E, Gélinas C, Manworren RCB. ASPMN 2019 position statement: pain assessment in the patient unable to self-report. Pain Manag Nurs. 2019;20(5):402–403.
11. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013;41(1):263–306.

12. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain assessment and management: an organizational approach. Oakbrook Terrace: JCAHO; 2001.
13. Mestdagh FP, Lavand'homme PM, Pirard G, Joshi GP, Sauter AR, Van de Velde M, et al. Pain management after elective craniotomy: a systematic review with procedure-specific postoperative pain management recommendations. Eur J Anaesthesiol. 2023;40(10):747–757.
14. Galvin IM, Levy R, Day AG, Gilron I. Pharmacological interventions for the prevention of acute postoperative pain in adults following brain surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(11):CD011931.
15. Fiore G, Porto E, Pluderi M, Ampollini AM, Borsa S, Legnani FG, et al. Prevention of post-operative pain after elective brain surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. Medicina. 2023;59(5):831.
16. Darmawikarta D, Sourour M, Couban R, Yang K, Kamath S, Reddy KK, et al. Opioid-free analgesia for supratentorial craniotomies: a systematic review. Can J Neurol Sci. 2019;46(4):415–422.
17. Salimi S, Taheri M, Kashani HRK, Ghani F, Behnaz F, Ghasemi M. Evaluation of intravenous infusion of ibuprofen with paracetamol-morphine in pain and satisfaction of patients undergoing supratentorial brain surgery. Anesth Pain Med. 2023;13(5):e139758.
18. Sivakumar W, Jensen M, Martinez J, Tanana M, Duncan N, Hoesch R, et al. Intravenous acetaminophen for postoperative supratentorial craniotomy pain: a prospective, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. J Neurosurg. 2019;130(3):766–772.
19. Qu L, Liu B, Zhang H, Sankey EW, Chai W, Wang B, et al. Management of postoperative pain after elective craniotomy: a prospective randomized controlled trial of a neurosurgical ERAS program. Int J Med Sci. 2020;17(11):1541.
20. Pan P, Zhang D, Lu P, Feng S, Qiao S. Ultrasound-guided scalp block combined with dexmedetomidine for pain management in acute traumatic brain injury patients undergoing decompressive craniotomy: a randomized controlled trial. J Clin Med Surgery. 2025;5(1):1193.
21. Negm EM, Younus MA, Morsy AA, El Gammal SM, El-Harrisi MA, Sameaa FAA, et al. Opioid-sparing multimodal analgesia for post-craniotomy pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. BMC Anesthesiol. 2025;25(1):437.
22. Wang Y, Liu B, Ma J. Safety and efficacy of enhanced recovery after surgery protocol for elective craniotomy. J Neurosurg. 2018;130(5):1680–1691.
23. Zhou H, Ou M, Yang Y, Ruan Q, Pan Y, Li Y. Effect of skin infiltration with ropivacaine on postoperative pain in patients undergoing craniotomy. Springerplus. 2016;5(1):1180.
24. Yang Y, Ou M, Zhou H, Tan L, Hu Y, Li Y, et al. Effect of scalp nerve block with ropivacaine on postoperative pain in patients undergoing craniotomy: a randomized, double blinded study. Sci Rep. 2020;10(1):2529.
25. Yang X, Ma J, Li K, Chen L, Dong R, Lu Y, et al. A comparison of effects of scalp nerve block and local anesthetic infiltration on inflammatory response, hemodynamic response, and postoperative pain in patients undergoing craniotomy for cerebral aneurysms: a randomized controlled trial. BMC Anesthesiol. 2019;19(1):91.
26. Vallapu S, Panda NB, Samagh N, Bharti N, Vadehra D, Batra YK. Efficacy of dexmedetomidine as an adjuvant to local anesthetic agent in scalp block and scalp infiltration to control postcraniotomy pain: a double-blind randomized trial. J Neurosci Rural Pract. 2018;9(1):73–79.
27. Shukla U, Yadav U, Doneria D, Bhardwaj P, Bhardwaj P. Evaluating the efficacy of ropivacaine instillation through a subgaleal drain for postcraniotomy pain: a randomized controlled trial. Cureus. 2025;17(9).
28. Chen Y, Ni J, Li X, Zhou J, Chen G. Scalp block for postoperative pain after craniotomy: a meta-analysis of randomized control trials. Front Surg. 2022;9:1018511.
29. Duda T, Lannon M, Gandhi P, Martyniuk A, Farrokhyar F, Sharma S. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials for scalp block in craniotomy. Neurosurgery. 2023;93(1):4–23.

30. Kraft R, Krediet AC, van Es RJJ, van der Velde FJ, van der Zwan A, Peelen LM. Scalp nerve block, local anesthetic infiltration, and postoperative pain after craniotomy: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. J Neurosurg Anesthesiol. 2022;34(4):300–310.
31. Lv JQ, Li PC, Zhou L, Tang WF, Li N. Acupuncture at the P6 acupoint to prevent postoperative pain after craniotomy: a randomized, placebo-controlled study. Evid Based Complement Alternat Med. 2021;2021:6619855.
32. จรวยพร ใจสิทธิ์, พัชรีย์ เชี่ยวชาญ, สุภาพ อารีเอื้อ. การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2563;26(2):104–115.
33. สุพิมล กิจบรรยงเลิศ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าเปิดกะโหลกศีรษะที่ไม่รู้สึกตัว. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(3):20–35.
34. Abdullahi AA, Oderinde OO, Bolaji BO, Kolawole IK. Effect of scalp infiltration with bupivacaine on analgesic requirement following elective craniotomy. Ann Afr Med. 2022;21(2):157–162. doi:10.4103/aam.aam_89_20
35. Li B, Cao Z, Huang J, Chen Y, Li Z, Wu W, et al. Effect of ultrasound-guided scalp nerve block on hemodynamics and postoperative agitation in hypertensive cerebral hemorrhage craniotomy patients: a prospective randomized controlled study. Front Neurol. 2025;16:1721992.
36. Abhinav K, Jadhav D, Andar UB, Karmarkar V, Agrawal R, Agrawal A. Management of post-craniotomy pain in elective cases: a randomized controlled trial. Cureus. 2023;15(9).
37. Potters JW, Klimek M. Local anesthetics for brain tumor resection: current perspectives. Local Reg Anesth. 2018;11:1–8. doi:10.2147/LRA.S135413
38. Tan J, Willington L. Post-craniotomy pain: analgesia and scalp blocks. Australas Anaesth. 2025;149–160. doi:10.60115/11055/1302
39. Satici MH, Tutar MS, Kozanhan B, Tire Y, Coven I, Altay N. Effects of scalp block on postoperative analgesia in craniotomy surgery: a prospective, randomized controlled, double-blind study. Med J Bakirkoy. 2025. doi:10.4274/BMJ.galenos.2025.2024.11-7
40. Suksompong S, Chaikittisilpa N, Rutchadawong T, Chankaew E, Von Bormann B. Pain after major craniotomy in a university hospital: a prospective cohort study. J Med Assoc Thai. 2016;99(5):539–548.
41. Mahajan C, Rath GP, Singh GP, Mishra N, Sokhal S, Bithal PK. Efficacy and safety of dexmedetomidine infusion for patients undergoing awake craniotomy: an observational study. Saudi J Anaesth. 2018;12(2):235–239.
42. Artime CA, Aijazi H, Zhang H, Syed T, Cai C, Gumbert SD, et al. Scheduled intravenous acetaminophen improves patient satisfaction with postcraniotomy pain management: a prospective, randomized, placebo-controlled, double-blind study. J Neurosurg Anesthesiol. 2018;30(3):231–236.
43. Sharif MM, Memon ML, Nawaz M, Ahmed W, Rahman ZU, Ameeq M. Effectiveness of scalp nerves block in reducing the immediate postoperative pain in patients undergoing craniotomy in elective neurosurgical procedures. Ann PIMS. 2023;19(3):201–205.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อม อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

Development of a Model for Blood Glucose Control in Patients with Diabetes Based on Lifestyle Medicine Principles at Ban Na Lom Health Promoting Hospital, Ban Phue District, Udon Thani Province.

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

อ้อยใจ ศิริกาญจน์[1]
Oichai Sirikan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และเพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหารที่เหมาะสม 2) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) การจัดการความเครียด 4) การนอนหลับที่มีคุณภาพ 5) การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และ 6) การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ จาก$\bar{x}$=12.14 (SD=4.69) เป็น $\bar{x}$=21.23 (SD=3.39) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ จาก $\bar{x}$=57.27 (SD=15.58) เป็น $\bar{x}$=87.00 (SD=10.29) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ จาก $\bar{x}$=160.23 (SD=6.28) เป็น $\bar{x}$=124.60 (SD=8.15) mg/dl และค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ จาก $\bar{x}$=29.28 (SD=4.24) เป็น $\bar{x}$=28.22 (SD=4.25) kg/m²

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวาน, เวชศาสตร์วิถีชีวิต

ABSTRACT

This study was an action research aimed at: (1) examining problems associated with blood glucose control among diabetic patients, (2) developing a blood glucose control model based on Lifestyle Medicine principles, and (3) comparing knowledge and self-care behaviors before and after model implementation. The sample consisted of 30 type 2 diabetes patients selected by proportional stratified random sampling. Research instruments included questionnaires, in-depth interview guides, and focus group discussion guides. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The study findings revealed that the development of a blood glucose control model for diabetic patients based on lifestyle medicine principles comprised six components: 1) appropriate dietary intake, 2) regular physical exercise, 3) stress management, 4) quality sleep, 5) avoidance of addictive substances, and 6) social relationship building. The implementation of this model yielded the following statistically significant outcomes ($p<0.001$): lifestyle medicine knowledge scores increased from $\bar{x}$=12.14 (SD=4.69) to $\bar{x}$=21.23 (SD=3.39); self-care behavior scores increased from $\bar{x}$=57.27 (SD=15.58) to $\bar{x}$=87.00 (SD=10.29); fasting blood sugar (FBS) levels decreased from $\bar{x}$=160.23 (SD=6.28) to $\bar{x}$=124.60 (SD=8.15) mg/dl; and body mass index (BMI) decreased from $\bar{x}$=29.28 (SD=4.24) to $\bar{x}$=28.22 (SD=4.25) kg/m²

Keywords: Model Development, Blood Glucose Control, Diabetic Patients, Lifestyle Medicine

[1] พย.บ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อม อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงขึ้นทุกปีในระดับโลก ในปี 2019 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกถึง 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2045 จะเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตเสื่อม และการสูญเสียการมองเห็น WHO รายงานในปี 2020 ว่าโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตกว่า 1.5 ล้านรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคนี้ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และภาวะแทรกซ้อนที่มีแนวโน้มสูงขึ้น แสดงถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) มาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด เพื่อป้องกันและบำบัดโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงจากวิถีชีวิต ซึ่งช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมน้ำหนัก และลดการใช้ยาในระยะยาว[1]

จังหวัดอุดรธานีมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 8,045 คน ร้อยละ 32.56 ในปี 2564 เป็น 10,530 คน ร้อยละ 38.23 ในปี 2566 โดยอำเภอบ้านผือติดอันดับสองของจังหวัด มีผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลไม่ได้ 2,275 คน ร้อยละ 34[2] ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการควบคุมระดับน้ำตาล เช่น การบริโภคอาหารหวานและมัน การขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง[3] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อมพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 116 ราย เป็น 120 ราย ในช่วงปี 2566–2568 พร้อมกับพบภาวะแทรกซ้อนทางไตในอัตราสูงต่อเนื่อง 11, 7 และ 9 ราย ตามลำดับ ตามด้วยภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ตา และหัวใจ[4] สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ขาดการส่งเสริมการปรับพฤติกรรม ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และไม่คำนึงถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถควบคุมและกลับโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนชนบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อมมีความเหมาะสม เนื่องจากชุมชนมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ระบบเครือญาติ และทรัพยากรท้องถิ่นที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[5]

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อม เพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่มีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ยั่งยืน ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต
3. เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง ความรู้ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแนวคิดตามตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต การเก็บรวบรวมข้อมูล ในผู้ป่วยเบาหวานพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อม ตำบลคำบง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาดำเนินการศึกษา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 - มกราคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม คือ คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านนาล้อม ตำบลคำบง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ประชากรทั้งหมด 120 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับ Paired t-test (α=0.05, power=0.80, effect size=0.55) ได้ 27 คน และเผื่อสูญหายร้อยละ 15 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน สุ่มด้วยวิธี Proportional Stratified Random Sampling ตามสัดส่วนผู้ป่วยใน 4 หมู่บ้าน แล้วสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (FBS ≥ 126 mg/dl) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา 4) สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง 5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ไม่สะดวกหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลและไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) ขาดการติดต่อหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ต่อเนื่อง

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ รวมจำนวนทั้งสิ้น 16 คน ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงาน NCD_s โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อม จำนวน 1 คน 2) ผู้รับผิดชอบงาน NCD_s สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ จำนวน 1 คน 3) ผู้รับผิดชอบงาน NCD_s โรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 1 คน 4) ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 8 คน 7) ผู้ใหญ่บ้านในเขตพื้นที่ จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์ และเสนอแนะแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมพัฒนารูปแบบ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพครอบคลุม 6 ประเด็น ได้แก่ (1) ความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ (2) กระบวนการปรับพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 ด้าน (3) ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรม และสุขภาพ (4) ปัจจัยความสำเร็จและความยั่งยืน (5) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และ (6) ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษาที่ได้รับ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมคำตอบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการควบคุมเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย

และ ไม่เห็นด้วย ซึ่งประกอบด้วยทั้งคำถามที่ถูกต้องและคำถามลวง การให้คะแนนกำหนดดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน พัฒนาจากแนวคิด 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต[6]

การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ของ Best, John W.[7] ดังนี้

ระดับความรู้ต่ำ คือ ได้คะแนนตั้งแต่ 0 – 8.33 คะแนน

ระดับความรู้ปานกลาง คือ ได้คะแนนตั้งแต่ 8.34 – 16.66 คะแนน

ระดับความรู้สูง คือ ได้คะแนนตั้งแต่ 16.67 – 25.00 คะแนน

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต[(8)] แบบสอบถามประกอบด้วยจำนวน 25 ข้อคำถาม เป็นลักษณะคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเสมอ = 7 วัน/สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน , ปฏิบัติบ่อย = 4-6 วัน/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง 1-3 วัน/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน, ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน รวมเต็ม 100 คะแนน

การแปลผลคะแนนภาพรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ของ Bloom, B. et al.[8] ดังนี้

ระดับพฤติกรรมต่ำ คือ ต่ำกว่า 60 คะแนน

ระดับพฤติกรรมปานกลาง คือ ได้คะแนนรวม 60-79 คะแนน

ระดับพฤติกรรมสูง คือ ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป

2.4 แบบบันทึกผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) ใช้วัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว

2.5 แบบบันทึกค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ใช้ประเมินภาวะน้ำหนักตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เกณฑ์ -1 ถึง +1 ผลการประเมินพบว่า แบบสอบถามความรู้ มีค่า IOC = 0.89 แบบสอบถามพฤติกรรมฯ มีค่า IOC = 0.93 และภาพรวมทั้งชุดมีค่า IOC เฉลี่ย = 0.91

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในตำบลคำบง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) และค่า KR-20 พบว่า แบบสอบถามความรู้ มีค่า KR-20 = 0.84 แบบสอบถามพฤติกรรม มีค่า Cronbach's Alpha = 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ครอบคลุมความรู้ พฤติกรรม ทัศนคติ และอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาล โดย 1) เก็บข้อมูลจากระบบ HDC และเวชระเบียน 2) ประเมินความรู้และพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ (pre-test) ใน 3 มิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และทัศนคติ 3) สนทนากลุ่ม (Focus Group) กับเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย 4) จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 ร่วมออกแบบและพัฒนารูปแบบ (6–8 สัปดาห์) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Proportional Stratified Random Sampling และ Simple Random Sampling จากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อระบุปัญหาและพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบท

ชุมชน โดยครอบคลุมหลัก 6 ด้านของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การนอนหลับ เครือข่ายสนับสนุน และการลดละเลิกสารเสพติด รูปแบบที่ร่างขึ้นผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้จริง (12 สัปดาห์) ดำเนินกิจกรรม 6 ชุด ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ 1–2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการตนเอง กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ 3–4) หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง 6 ด้านพร้อมตัวอย่างการปรับใช้ กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ 5–6) ทักษะการจัดการอาหารและโภชนาการ กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ 7–8) การออกกำลังกายและกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ 9–10) การบริหารความเครียดและสุขภาพจิต และกิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ 11–12) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมผ่านชมรมผู้ป่วย กลุ่มไลน์ และระบบเพื่อนช่วยเพื่อน ตลอดระยะนี้ผู้ป่วยได้รับคู่มือสื่อการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติจริง

ระยะที่ 4 ติดตาม ประเมินผล และสรุปประสิทธิผล ทีมสุขภาพติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ และกลุ่มไลน์ จากนั้นประเมินผลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม (post-test) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเพื่อประเมินประสบการณ์ ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อยอด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติและ Analytic Statistic และ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 1796 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 55.83 ปี SD = 10.32 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.67 รายได้เฉลี่ย 13,900 บาท SD = 13,152.55 ต่ำสุด 4,000 บาท และสูงสุด 43,000 บาท ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.34 วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน รักษาด้วยการรับประทานยา ร้อยละ 76.67 รองลงมาคือฉีดอินซูลิน ร้อยละ 16.66 และรักษาทั้งสองวิธีร่วมกัน ร้อยละ 6.67 พฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.67 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 86.67

สภาพปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 116 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 119 ราย ในปี พ.ศ. 2567 และ 120 ราย ในปี พ.ศ. 2568 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนในอัตราสูง โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตที่พบมาก และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จากการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบสภาพปัญหาใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านระบบการให้บริการที่เน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เป็นระบบ

รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยและประเมินสภาวะสุขภาพเบื้องต้น ทีมสุขภาพร่วมกับ อสม. สำรวจและจัดทำทะเบียน Role Model ในบริบท DM Remission จากนั้นตรวจประเมินค่าคลินิกพื้นฐาน ได้แก่ FBS และ BMI ควบคู่กับการประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้านตามหลักเวช

ศาสตร์วิถีชีวิต ผ่านแบบสอบถาม Pre-test เพื่อจัดกลุ่มความเสี่ยงและออกแบบแผนดูแลรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และเสริมสร้างแรงจูงใจ ดำเนินกิจกรรม 5 รูปแบบ ได้แก่ (1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ "รู้จักเบาหวาน รู้จักตัวเอง" 2 ครั้ง ครอบคลุมพยาธิสรีรวิทยา ภาวะแทรกซ้อน และหลัก 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (2) ฝึกปฏิบัติ "กินถูก กินดี" โดยใช้ Plate Method จากวัตถุดิบท้องถิ่น (3) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะกับผู้สูงอายุ (4) ฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียดและสุขอนามัยการนอนหลับ และ (5) ตั้งเป้าหมายรายบุคคลแบบ SMART ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติจริงและการติดตามอย่างต่อเนื่อง (3 เดือน) ดำเนินกิจกรรม 6 รูปแบบ ได้แก่ (1) จัดทำแผนดูแลสุขภาพรายบุคคล (Individual Lifestyle Plan) และทบทวนทุกเดือน (2) สมุดบันทึกสุขภาพรายวันครอบคลุมอาหาร การออกกำลังกาย การนอน ความเครียด และค่าน้ำตาล (3) อสม. เยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง (4) ติดตามผ่านกลุ่มไลน์ "สุขภาพดี บ้านนาล้อม" (5) โค้ชชิ่งสุขภาพรายบุคคลเดือนละ 1 ครั้ง และ (6) ออกกำลังกายกลุ่มทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 45–60 นาที นำโดย อสม. ที่ผ่านการอบรม

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างชมรมเบาหวาน ดำเนินกิจกรรม 6 รูปแบบ ได้แก่ (1) จัดตั้งชมรมเบาหวานในทุกหมู่บ้าน มีคณะกรรมการจากผู้ป่วยเอง (2) ประชุมชมรมประจำเดือน เพื่อรายงานความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (3) สาธิตอาหารสุขภาพจากวัตถุดิบท้องถิ่นเดือนละครั้ง (4) โครงการ "เพื่อนช่วยเพื่อน" จับคู่ผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดีกับผู้ที่ยังมีปัญหา (5) สมาชิกชมรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายใหม่เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ และ (6) รณรงค์สร้างวัฒนธรรมสุขภาพในชุมชนร่วมกับผู้ใหญ่บ้าน อบต. และวัด

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลและขยายผลสู่ความยั่งยืน ดำเนินกิจกรรม 4 รูปแบบ ได้แก่ (1) ประเมินผลหลังโครงการทั้งเชิงพฤติกรรม (ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง) และเชิงคลินิก (FBS, BMI) (2) จัดประชุมถอดบทเรียนร่วมกับทุกฝ่าย วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และอุปสรรค (3) จัดทำคู่มือรูปแบบการดูแลที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นได้ และ (4) จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ "ชีวิตดีมีสุข บ้านนาล้อมโมเดล" ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการควบคุมเบาหวาน ภาพรวม พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการควบคุมเบาหวานก่อนพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ

ความรู้ต่ำ ร้อยละ 60.00 รองลงมามีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 30.00 และมีระดับความรู้สูงเพียง ร้อยละ 10.00 หลังพัฒนารูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 73.30 รองลงมามีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 26.70 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ต่ำ

พฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตภาพรวม ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง ร้อยละ 20.00 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง ร้อยละ 40.00 และมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ ร้อยละ 40.00 หลังพัฒนารูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง ร้อยละ 83.30 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง ร้อยละ 16.70 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต หลังพัฒนารูปแบบคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) โดยเพิ่มจาก $\overline{X}$=12.14 คะแนน (SD=4.69) เป็น $\overline{X}$=21.23 คะแนน (SD=3.39) พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) โดยเพิ่มจาก $\overline{X}$=57.27 คะแนน (SD=15.58) เป็น $\overline{X}$=87.00 คะแนน(SD=10.29) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) จาก $\overline{X}$=160.23 mg/dl (SD=6.28) เป็น $\overline{X}$=124.60 mg/dl (SD=8.15) และค่าดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) จาก $\overline{X}$=29.28 kg/m² (SD=4.24) เป็น $\overline{X}$=28.22 kg/m² (SD=4.25) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=30)

ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ	t	p	95%CI
	$\overline{X}$±SD	$\overline{X}$±SD			
ความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต	12.14±4.69	21.23±3.39	-6.96	<0.001	6.40-11.73
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	57.27±15.58	87.00±10.29	-7.40	<0.001	21.52-37.95
ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	160.23±6.28	124.60±8.15	-18.03	<0.001	31.59-39.68
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	29.28±4.24	28.22±4.25	-15.06	<0.001	0.92-1.20

*p-value<0.05, ใช้สถิติ paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่เน้นการปรับเปลี่ยน 6 องค์ประกอบหลักของวิถีชีวิต ได้แก่ 1)การบริโภคอาหารที่เหมาะสม 2)การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3)การจัดการความเครียด 4)การนอนหลับที่มีคุณภาพ 5)การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และ6)การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี มาบูรณาการในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบท โดยการบูรณาการได้ออกแบบให้องค์ประกอบทั้ง 6 ด้านเชื่อมโยงและเสริมพลังซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ คือ การจัดกิจกรรมออกกำลังกายกลุ่มทุกสัปดาห์ได้ถูกออกแบบให้ควบรวมกับการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม การสาธิตอาหารสุขภาพจากวัตถุดิบท้องถิ่นได้ผนวกกับการจัดการความเครียดผ่านการทำกิจกรรมร่วมกัน และการติดตามผ่านกลุ่มไลน์ "บ้านนาล้อมโมเดล" ได้ช่วยเชื่อมโยงทุกองค์ประกอบเข้าหากันในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้กลไกของครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และชมรมเบาหวานเป็นตัวขับเคลื่อน โดยมีครอบครัวทำหน้าที่สนับสนุนการ

ปรับพฤติกรรมในระดับครัวเรือน อสม. ที่ผ่านการอบรมทำหน้าที่เยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง และนำกิจกรรมออกกำลังกายกลุ่ม ผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลช่วยขับเคลื่อนนโยบายและสร้างวัฒนธรรมสุขภาพในชุมชน ขณะที่ชมรมเบาหวานซึ่งมีคณะกรรมการจากผู้ป่วยเองทำหน้าที่เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างแรงบันดาลใจ กลไกเหล่านี้ทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการภายใต้ "บ้านนาล้อมโมเดล" ซึ่งเป็นรูปแบบต้นแบบที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ (1) การค้นหาผู้ป่วยและประเมินสุขภาพเบื้องต้น (2) การให้ความรู้และเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านการฝึกปฏิบัติจริง (3) การปฏิบัติและติดตามต่อเนื่อง 3 เดือน (4) การสนับสนุนทางสังคมผ่านชมรมเบาหวานในทุกหมู่บ้าน และ (5) การประเมินผล โดยมีศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ "ชีวิตดีมีสุขบ้านนาล้อมโมเดล" สามารถส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดและดัชนีมวลกาย จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตหลังพัฒนารูปแบบคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) โดยเพิ่มจาก $\overline{X}$=12.14 คะแนน (SD=4.69) เป็น $\overline{X}$=21.23 คะแนน (SD=3.39) การเพิ่มขึ้นของความรู้ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจริงมีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้ความรู้แบบบรรยายทางเดียวที่เคยใช้อยู่เดิม การที่ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายรายบุคคล Role Model ในบริบท DM Remission ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและจดจำได้นาน สอดคล้องกับการศึกษาของเกศรา โชคนำชัยสิริ[9] พบว่า ผู้เข้าร่วมการอบรมมีคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพึงพอใจต่อการจัดอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยรูปแบบการจัดหลักสูตรอบรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยหลักการของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ จุดประสงค์การจัดการเรียนรู้ เนื้อหา กิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการ และการวัดและประเมินผลที่เป็นไปตามแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต หลังพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) โดยเพิ่มจาก $\overline{X}$=57.27 คะแนน (SD=15.58) เป็น $\overline{X}$=87.00 คะแนน(SD= 10.29) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ มีกลไกสำคัญประการแรกคือการสร้างความสามารถตนเอง Self-Efficacy ผ่านการฝึกปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ เมื่อผู้ป่วยได้ลงมือทำอาหารสุขภาพแล้วเห็นว่าทำได้จริงและอร่อย ได้ออกกำลังกายแล้วรู้สึกดีขึ้น ได้ฝึกสมาธิแล้วรู้สึกสงบลง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองก็เพิ่มขึ้น นำไปสู่ความตั้งใจ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล Role Model และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ ทางดี[10] พบว่าหลังได้รับรูปแบบการจัดการตนเองพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาปัญหา พัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง ทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผล ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) จาก $\overline{X}$=160.23 mg/dl (SD=6.28) เป็น $\overline{X}$=124.60 mg/dl (SD=8.15) และค่าดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) จาก $\overline{X}$=29.28 kg/m^2 (SD=4.24) เป็น $\overline{X}$=28.22 kg/m^2 (SD=4.25) ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางคลินิกอย่างมาก เนื่องจากทำให้ค่าเฉลี่ย FBS จากที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (126 mg/dl) ลดลงมาอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ การลดลงนี้เป็นผลสะสมจากการปรับพฤติกรรมหลายด้าน

พร้อมกันตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะการเลือกอาหารที่มีน้ำตาลน้อย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียดที่ดีขึ้น การนอนหลับที่มีคุณภาพ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในชุมชนชนบทสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของยุพาภรณ์ สุทธิประภา[11] ยืนยันว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับพฤติกรรมอย่างเป็นระบบมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิผล

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันอย่างชัดเจนว่ารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลครบถ้วนทั้งในด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ทั้งนี้ความสำเร็จของรูปแบบนี้เกิดจากการบูรณาการปัจจัยสำคัญหลายประการเข้าด้วยกัน ได้แก่ การออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมชุมชน การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมในชุมชนอย่างเป็นระบบ การติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านหลายช่องทาง และการเสริมสร้างความสามารถของ อสม. ให้เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

2. ควรส่งเสริมหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยการกระบวนการ Role Model ในบริบท DM Remission ในบุคลากรหรืออสม.เพื่อสร้างตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำตาล

3. ควรจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ต้นแบบพร้อมจัดทำคู่มือรูปแบบการดูแลที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีภาพประกอบ และสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทต่างๆ ในการขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการวัดค่า HbA1c ซึ่งสะท้อนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะ 3 เดือนได้แม่นยำกว่าค่า FBS เพียงอย่างเดียว และควรวัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ของรูปแบบ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับพฤติกรรมวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทชุมชนชนบทอย่างละเอียดมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้และให้โอกาสพัฒนางาน ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้และขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ ที่ให้โอกาสและความช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อมทุกคน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care: training modules on diabetes self-management education. Geneva: World Health Organization; 2020.Available from: https://www.who.int/publications/i/item/who-pen-diabetes-training-2020
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. Health Data Center: HDC. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568.

3. ปิยะนุช ไชยสาสน์. การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม2567;1(3):81-86.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาล้อม. สรุปรายงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี 2568. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ; 2568.
5. ธันยพร ดิเรกสุนทร, นครัช พฤทธิ์รัตนาภา. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: 6 เสาหลักตามหลักฐานเชิงประจักษ์ – บทความปริทัศน์. วารสารการแพทย์เขต 3 และสาธารณสุข. 2568;22(3):288-303.
6. ธันยพร ดิเรกสุนทร, นครัช พฤทธิ์รัตนาภา. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: 6 เสาหลักตามหลักฐานเชิงประจักษ์ – บทความปริทัศน์. วารสารการแพทย์เขต 3 และสาธารณสุข. 2568;22(3):288-303.
7. Best, John W. 1977. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs,. New Jersey : Prentice Hall
8. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. เกศรา โชคกำนำชัยสิริ. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2568;19(1):59-73.
10. มณีรัตน์ ทางดี. ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(5):526-532.
11. ยุพาภรณ์ สุทธิประภา. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และ สุขภาพชุมชน. 2568;10(5):220-229.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Developing a care model for new diabetic patients in Somdet District, Kalasin Province.

(Received: June 29, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

อรรคเดช อรรคเศรษฐัง[1]
Akkadech Akkarasetthung[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษาดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567 รวม 12 เดือน ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อายุไม่เกิน 60 ปี และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไม่เกิน 9 หรือระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 120 – 180 มก./ดล. แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะทดลอง เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในเขตตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 68 ราย ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 262 ราย เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกระดับน้ำตาลและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t – test, F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVA และ F – test ด้วยเทคนิค One Way MANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน เดือนพฤศจิกายน 2566 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน เดือนสิงหาคม 2567 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2566) และเมื่อขยายผลในอีก 9 ตำบลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน เดือนพฤศจิกายน 2567 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน เดือนสิงหาคม 2568 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2567) และการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) โดยรวมและรายด้าน ระหว่างพื้นที่ พบว่า ไม่มีความแตกต่าง

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับ HbA1C

Abstract

This study on developing a care model for new diabetic patients in Somdet District, Kalasin Province, aims to investigate the current situation of diabetic patient care in Somdet District, Kalasin Province, and to develop a care model for these patients. It is a research and development (R&D) project with the following timeframes: Phase 1: Research phase, October 2023 to September 2024 (12 months); Phase 2: Development phase, October 2024 to September 2025 (12 months). The participants are new diabetic patients in Somdet District, Kalasin Province, with inclusion criteria being: newly diagnosed with diabetes, voluntarily participating in the project, under 60 years of age, and with an HbA1C level not exceeding 9 or a blood glucose level

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ

between 120-180 mg/dL. The study is divided into two phases: Phase 1: Experimental phase, focusing on new diabetic patients. The study focused on two phases: Phase 1, the development phase, involving 68 new diabetic patients in Somdet Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province; and Phase 2, the development phase, involving 262 new diabetic patients in Somdet District, Kalasin Province. Data was collected from blood sugar recording forms and questionnaires. Data was analyzed using content analysis (frequency, percentage, mean, and standard deviation). Inferential statistics included dependent t-test and F-test using One-Way ANOVA, and F-test using One-Way MANOVA.

The study results showed that health literacy, health behaviors, and HbA1C levels of new diabetic patients in Somdet Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province, before the intervention in November 2023, were at a moderate level overall and in each aspect. After the intervention in August 2024, these levels were at the highest level overall and in each aspect. Health literacy, health behaviors, and HbA1C levels of new diabetic patients in Somdet Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province, after the intervention (August 2024) were significantly better than before the intervention (November 2023). When the program was expanded to another 9 subdistricts, the results showed that health literacy, health behaviors, and HbA1C levels of new diabetic patients in Somdet Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province, before the intervention in November 2024, were at a moderate level overall and in each aspect. After the intervention in August 2025, these levels were at the highest level overall and in each aspect. Health literacy, health behavior, and HbA1C levels of new diabetic patients in Somdet Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province after the intervention (August 2025) were better than before the intervention (November 2024). A comparison of overall and specific aspects of health literacy and health behavior of new diabetic patients after the intervention (August 2025) between areas showed no significant difference.

Keywords: New diabetic patient care, Health literacy, Health behavior, HbA1C level

บทนำ

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังของระบบเมตาบอลิซึมที่มีลักษณะสำคัญคือระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง (hyperglycemia) เนื่องจากตับอ่อนไม่ผลิตอินซูลินเพียงพอ หรือร่างกายดื้อต่ออินซูลิน หรือมีทั้งสองภาวะร่วมกัน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้อย่างปกติ ระดับน้ำตาลที่สูงต่อเนื่องจะค่อยๆ ทำลายอวัยวะสำคัญหลายระบบ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาท จึงจัดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว[1,2] ถานการณ์โรคเบาหวานในระดับโลกในปัจจุบันถือว่าน่าเป็นห่วง และถูกมองว่าเป็นหนึ่งในวิกฤตสุขภาพระดับโลกที่ใหญ่ที่สุดโรคหนึ่ง โดยจำนวนผู้ป่วยยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ข้อมูลล่าสุดจาก IDF Diabetes Atlas ระบุว่า ปัจจุบันมีผู้ใหญ่ อายุ 20 – 79 ปี ที่เป็นเบาหวานราว 589 ล้านคนทั่วโลก หรือประมาณ 1 ใน 9 ของผู้ใหญ่ทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นประมาณ 853 ล้านคนภายในปี 2050 หากไม่มีมาตรการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ[3]

สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติระบุว่า คนไทยวัยผู้ใหญ่ราวร้อยละ 10 หรือประมาณ 6.3–6.5 ล้านคนป่วยเป็นโรคเบาหวาน และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวภายในเวลาเพียงสองทศวรรษที่ผ่านมา ในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นราวสามแสนราย ขณะที่ยังมีประชากรอีกจำนวนมากอยู่ในภาวะ ก่อนเบาหวาน และมีส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ทำให้เข้าสู่การรักษาช้าและพบภาวะแทรกซ้อนแล้วเมื่อได้รับการวินิจฉัย เบาหวานจึงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สร้างภาระสูงที่สุดทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ทำให้

เกิดโรคร่วมสำคัญ เช่น โรคหัวใจ หลอดเลือดสมองไตวายเรื้อรัง ตาบอด และแผลเท้าเรื้อรัง พร้อมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่ประเมินว่ามากกว่า 1.3 แสนล้านบาทต่อปี ภาพรวมเหล่านี้สะท้อนว่าไทยกำลังอยู่ท่ามกลางการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ต้องพัฒนาแนวทางดูแลแบบเชิงรุกครอบคลุมทั้งการป้องกัน คัดกรองตั้งแต่ระดับชุมชน และการดูแลผู้ป่วยรายใหม่อย่างเป็นระบบควบคู่กับการปรับวิถีชีวิตในระยะยาว[4,5]

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวและลดภาระโรคของระบบสุขภาพทั้งระดับบุคคลและชุมชน เพราะช่วงแรกหลังวินิจฉัยเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการทำงานของตับอ่อนหลงเหลืออยู่ และมักมีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม ถ้าได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ต้น จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนทางหัวใจหลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท รวมทั้งลดโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การดูแลในระยะเริ่มต้นควรรวมทั้งการประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย อธิบายโรคและแนวทางการรักษาให้เหมาะกับบริบทชีวิต การส่งเสริมการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการจัดการความเครียด ควบคู่กับการเลือกใช้ยาลดน้ำตาลที่เหมาะสม เวชศาสตร์วิถีชีวิต คือแนวทางเวชศาสตร์ที่ใช้ “การปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเป็นระบบ” เป็นแกนหลักในการป้องกันรักษา และแม้กระทั่งทำให้โรคเรื้อรังบางโรคสงบหรือเข้าสู่ภาวะ remission เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ โดยเน้น 6 ด้านหลัก ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ การนอนหลับที่เพียงพอ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี เป็นการรักษาเชิงรุก ไม่ใช่แค่คำแนะนำทั่วไป สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การนำ เวชศาสตร์วิถีชีวิต มาปรับใช้ในกระบวนการดูแลสามารถทำได้อย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากการประเมินวิถีชีวิตปัจจุบันของผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและเหมาะกับบริบท เช่น ลดน้ำตาลจากเครื่องดื่ม หยุดน้ำอัดลม เพิ่มผักในอาหารพื้นบ้าน เพิ่มการเดินหรือออกกำลังกายตามที่ทำได้จริง จากนั้นใช้การให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรม ติดตามอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมกับทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าถ้าการปรับวิถีชีวิตเข้มข้นพอ โดยเฉพาะอาหารที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาล ลดการใช้ยา ลดภาระแทรกซ้อนระยะยาว และในบางรายสามารถทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะ remission ได้ เมื่อออกแบบให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของชุมชน[6,7,8]

สถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดกาฬสินธุ์ จากข้อมูล HDC จังหวัดกาฬสินธุ์ 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2565–2567) พบว่าโรคเบาหวานยังคงเป็น ปัญหาสำคัญ ของจังหวัด โดยปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 4,472 ราย จากประชากร 697,706 คน คิดเป็นอัตราป่วย 640.96 ต่อแสนประชากร ปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ 4,524 ราย จากประชากร 696,185 คน อัตราป่วย 649.83 ต่อแสนประชากร และในปี 2567 มีผู้ป่วยรายใหม่ 4,518 ราย จากประชากร 682,987 คน อัตราป่วย 661.51 ต่อแสนประชากร [9] สะท้อนให้เห็นว่าอัตราป่วยรายใหม่มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นเล็กน้อยและทรงตัวในระดับสูง เมื่อเทียบกับเกณฑ์ระดับประเทศ สำหรับอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง พบว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่เช่นกัน โดยในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยรายใหม่ 341 ราย จากประชากร 47,158 คน อัตราป่วย 596.59 ต่อแสนประชากร ปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ 287 ราย จากประชากร 57,077 คน อัตราป่วย 502.83 ต่อแสนประชากร และในปี 2567 มีผู้ป่วยรายใหม่ 315 ราย จากประชากร 55,509 คน อัตราป่วย 567.48 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดกาฬสินธุ์, 2568) แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่ แต่อัตราป่วยรายใหม่ยังคงอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้ม กลับมาสูงขึ้น สอดคล้องกับภาพรวมของจังหวัดกาฬสินธุ์และประเทศไทยที่มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคในระดับประเทศและระดับจังหวัดแล้วก็ตาม ปัญหาในอำเภอสมเด็จสะท้อนให้เห็นทั้งภาระโรคในกลุ่มประชากรทั่วไปและข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในระบบบริการปฐมภูมิและชุมชน ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ขาดรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในพื้นที่ และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่อย่างต่อเนื่องและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์” โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ผสานแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ทั้งนี้เพื่อให้การควบคุมโรคเบาหวานในอำเภอสมเด็จมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรของพื้นที่อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษาดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567 รวม 12 เดือน ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อายุไม่เกิน 60 ปี และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไม่เกิน 9 หรือระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 120 – 180 มก./ดล. แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะทดลอง เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในเขตตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 68 ราย

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 262 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ดำเนินการในตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ดำเนินการในทุกตำบลในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 – 2

1. การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ (จะเลือดตรวจ HbA1C และ DTX) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ปฐมนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงาน

3. รับทราบผลตรวจ DTX

4. จัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ กลุ่มละ 10 – 15 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

5. จัดทำพันธะสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 – 4

1. พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร โดยการ การรับประทานที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ การรับประทานข้าว แป้ง เผือก มัน ถั่ว การรับประทานพืชผักต่าง ๆ การรับประทานผลไม้ต่าง ๆ และการรับประทานไขมันต่างๆ เช่น ไขมันจากสัตว์ ไขมันจากพืช

2. จัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ กลุ่มละ 10 – 15 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 5 – 6

1. การนับ Carb หรืออาหารพร่องแป้ง หรือโลว์คาร์บ

2. การรับประทานโปรตีน

3. การรับประทานอาหารแลกเปลี่ยน

4. การงดอาหารเป็นช่วง หรือ IF

5. จัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ กลุ่มละ 10 – 15 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 7 – 8

1. ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

2. การออกกำลังกาย/การออกแรง

3. การยืดเหยียด

4. จัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ กลุ่มละ 10 – 15 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 9 – 10

1. การผ่อนคลายความเครียด

2. ท่านมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวตามเทศกาลต่างๆ

3. ท่านมีกิจกรรมสันทนาการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่างๆ

4. จัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ กลุ่มละ 10 – 15 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 9 – 10

1. ด้านการหลีกเลี่ยงบุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด

2. ด้านการกินยาและพบแพทย์

3. จัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ กลุ่มละ 10 – 15 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 11 – 12

1. การนอนอย่างมีคุณภาพ

2. จัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ กลุ่มละ 10 – 15 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 180 วัน

ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ (จะเลือดตรวจ HbA1C และ DTX) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[10]

4.21 – 5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

2.61 – 3.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง

1.81 – 2.60 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

1.00 – 1.80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[10]

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม

2.61 – 3.40 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้

1.81 – 2.60 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

1.00 – 1.80 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ไขทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว หาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) โดยแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ มีค่าความ เท่ากับ .932 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ .939

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. จัดทำร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. จัดทำคำขอรับรองจริยธรรมการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การกำหนดกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ดำเนินการในตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่

1.4 กำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.5 ติดตามประเมินผล ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 180 วัน และสรุปถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ดำเนินการในทุกตำบลในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 ทบทวนกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.4 กำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.5 ติดตามประเมินผล ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 180 วัน และการสรุปถอดบทเรียน

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัวชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t – test F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVA และ F – test ด้วยเทคนิค One Way MANOVA

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 แนวทางปฏิบัติเป็นการคัดกรอง และยืนยันการวินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการประเมินผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ให้คำแนะนำ ส่งตรวจเพิ่มเติม และนัดหมายให้มารับยา ซึ่งไม่ได้มีการสร้างกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

2.1 การกำหนดเนื้อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.3 การติดตามเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 180 วัน ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ (จะเลือดตรวจ HbA1C และ DTX) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน เดือนพฤศจิกายน 2566 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง
หลังการดำเนินงาน เดือนสิงหาคม 2567 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2566) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2566)

3.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน เดือนพฤศจิกายน 2566 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2566) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2566)

3.5 ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) รายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2566) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) พบว่า ก่อนการดำเนินงาน(พฤศจิกายน 2566) ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ น้อยกว่า 7 ร้อยละ 5.9 หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ น้อยกว่า 7 ร้อยละ 67.6 โดยที่ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ มี ระดับ HbA1C ลดลง ร้อยละ 75.0 เท่าเดิม ร้อยละ 16.1 และเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.9

3.6 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) รายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2566) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) รายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2566)

4. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้เพิ่มเติม กิจกรรม ดังต่อไปนี้

4.1 โปรแกรมพื้นฐาน : บนพื้นฐานแนวคิด 3อ 2ส 1น 1ฟ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบหรี่ งดสุรา การนอนหลับพักผ่อนอย่างมีคุณภาพ และการรักษาสุขภาพช่องปาก)

4.1.1 ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แนะนำหยุดสูบบุหรี่ สิ่งเสพติด และแอลกอฮอล์

4.1.2 โภชนบำบัดที่ถูกต้อง

4.1.3 การออกกำลังกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

4.1.4 ความรู้เรื่องยา

4.1.5 การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการแปลผล

4.1.6 ภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข

4.1.7 โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน และโรคที่พบร่วมกับเบาหวาน

4.2 โปรแกรมเข้มงวด : เป้าหมายน้ำหนักลดลง 1-4 กก.ต่อเดือน ต่อเนื่องโดยไม่มีอาการผิดปกติ จนน้ำหนักลดลงได้มากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนัก เริ่มต้น โดยโปรแกรมเข้มงวดจะได้รับการสอนตามโปรแกรมพื้นฐาน ร่วมกับการจำกัดปริมาณพลังงานรวมจากอาหาร และเครื่องดื่มลง 500-1,000 กิโล แคลอรีต่อวัน เพิ่มกิจกรรมทางกาย หรือมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

4.3 การติดตาม : Home monitoring โดยมีการติดตามสื่อสารช่วงเดือนแรก ทุก 1-2 สัปดาห์ ระดับน้ำตาลแนวโน้มลดลง ยืดระยะติดตามเป็นทุก 2 และ ทุก 4-6 สัปดาห์ โดยให้ อสม.หรือผู้เป็นเบาหวาน ตรวจ CBG 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยตรวจก่อนอาหารเช้า และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ส่งผลตรวจทาง Line OA พร้อมรายการอาหารที่รับประทาน ต่อเนื่องทุกเดือน (ถ้าได้รับยาลดระดับน้ำตาลอยู่ ควรเจาะตรวจก่อนนอนด้วย) เกณฑ์เป้าหมาย CBG ก่อนอาหาร คือ 80-130 หลังอาหารระยะ 1-2 เดือนแรกต่ำกว่า 140 ต่อมาให้ต่ำกว่า 110 มก./ดล. มีการติดตามที่ รพสต./รพช./รพท. ทุก 1 เดือนจนกว่า FPG

5. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

5.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน (เดือนพฤศจิกายน 2567) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน เดือนสิงหาคม 2568 พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

5.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2567) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2567) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2567) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
เข้าถึง	3.17	0.73	4.54	0.49	261	-24.322	.000	-1.47704	-1.25579
เข้าใจ	3.33	0.56	4.51	0.40	261	-28.213	.000	-1.26375	-1.09885
โต้ตอบ	3.29	0.47	4.48	0.34	261	-34.175	.000	-1.25441	-1.11773
ตัดสินใจ	3.28	0.48	4.65	0.36	261	-37.543	.000	-1.44210	-1.29836
ปรับเปลี่ยน	3.34	0.55	4.54	0.31	261	-31.052	.000	-1.28360	-1.13052
บอกต่อ	3.38	0.52	4.54	0.32	261	-30.825	.000	-1.23443	-1.08618
รวม	3.30	0.23	4.55	0.24	261	-58.585	.000	-1.28708	-1.20338

5.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน เดือนพฤศจิกายน 2567 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก หลังการดำเนินงาน เดือนสิงหาคม 2568 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

5.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2567) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2567) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2566) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	3.28	0.35	4.52	0.36	261	-38.952	.000	-1.30968	-1.18364
ออกกำลัง	3.37	0.49	4.58	0.38	261	-32.349	.000	-1.28843	-1.14058
เครียด	3.37	0.46	4.58	0.32	261	-35.460	.000	-1.27711	-1.14274
บุหรี่สุรา	3.34	0.59	4.54	0.37	261	-27.897	.000	-1.28511	-1.11565
กินยา	3.30	0.52	4.60	0.41	261	-32.667	.000	-1.37897	-1.22218
นอน	3.33	0.36	4.50	0.24	261	-43.561	.000	-1.21874	-1.11332
รวม	3.33	0.18	4.56	0.23	261	-66.293	.000	-1.25934	-1.18669

5.5 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) โดยรวมและรายด้าน ระหว่างพื้นที่ พบว่า ไม่มีความแตกต่าง

5.6 ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) รายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2567) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) พบว่า ก่อนการดำเนินงาน(พฤศจิกายน 2567) ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ น้อยกว่า 7

ร้อยละ 5.3 หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ น้อยกว่า 7 ร้อยละ 14.9 โดยที่ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ มี ระดับ HbA1C ลดลง ร้อยละ 77.5 เท่าเดิม ร้อยละ 22.5

5.7 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) รายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2567) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) รายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2567) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) รายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน (พฤศจิกายน 2566) และหลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
HbA1C	9.65	1.77	8.72	1.85	261	17.506	.000	.56029	.70231

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 แนวทางปฏิบัติเป็นการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการประเมินผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ให้คำแนะนำ ส่งตรวจเพิ่มเติม และนัดหมายให้มารับยา ซึ่งไม่ได้มีการสร้างกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่[11] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้พื้นที่วิจัยในตำบลสมเด็จ ประกอบด้วย การกำหนดเนื้อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์และการติดตามเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 180 วัน ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ (จะเลือดตรวจ HbA1C และ DTX) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน[11] และแนวทางการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ[12] ทำให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน เดือนพฤศจิกายน 2566 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน เดือนสิงหาคม 2567 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2567) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2566) สอดคล้องกันกับการศึกษาของวาสนา แสนมหาชัย (2567)[13] ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ ป่วย เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่ ผลการศึกษา พบว่าหลังได้รับคำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) พฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี พบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ พบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ดีขึ้น ทั้งน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) และสคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาภรณ์ ภูโอบ (2567)[14] ได้ศึกษาผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาล นามน ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพฯ ประกอบด้วย 5 ขั้น คือ ก่อนมีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สาธิตและฝึกทักษะ นำสู่การปฏิบัติการและการประเมินผลพฤติกรรมคงที่ต่อเนื่อง ผลการจัดกิจกรรม มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดี และ 3) มีระบบติดตามประเมินผลแบบบูรณาการภาวะสุขภาพผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาดีขึ้น ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากนั้นผู้วิจัยจึงขยายผลไปอีก 9 ตำบล โดยเพิ่มเติมกิจกรรมตามแนวคิดของ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Life style Medicine) แนวทาวเวชศาสตร์วิถีชีวิต[6,7,15] ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน เดือนพฤศจิกายน 2567 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน เดือนสิงหาคม 2568 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2567) และการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หลังการดำเนินงาน (เดือนสิงหาคม 2568) โดยรวมและรายด้าน ระหว่างพื้นที่ พบว่า ไม่มีความแตกต่าง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วิไลรัตน์ สุทธิประภา (2568)[16] ได้ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุเฉลี่ย 59.50 ± 4.78 ปี FBS เฉลี่ย 151.64 ± 37.79 mg/dL และ HbA1C เฉลี่ย 7.50 ± 1.40 mg% ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัย ธาตุทำเล (2568)[17] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46-60 ปี ศึกษาในระดับ

ปริญญาตรีหรือสูงกว่า อาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่สูง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด (เฉลี่ย = 3.97, S.D. = 0.07) โดยการปฏิบัติตนด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ มีค่าสูงสุด อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด (เฉลี่ย = 4.00, S.D. = 0.01) ส่วนการจัดการความเครียดมีค่าน้อยที่สุด อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (เฉลี่ย = 3.92, S.D. = 0.29) ประสิทธิผลของการพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยเปรียบเทียบค่าดัชนีสภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าดัชนีสภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 (ระยะวิจัยต้นแบบ) ในตำบลสมเด็จ ประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การดูแล การกำหนดเนื้อหาและกิจกรรมของรูปแบบ การถ่ายทอดแนวทางแก่บุคลากรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ การกำหนดแนวทางติดตามประเมินผล และการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง 180 วันควบคู่กับการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระยะที่ 2 (ระยะขยายผล) ดำเนินการในทุกตำบลของอำเภอสมเด็จ โดยวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในระยะต้นแบบ ทบทวนและปรับปรุงกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ กำหนดระบบติดตามประเมินผล และสรุปถอดบทเรียนเพื่อใช้เป็นรูปแบบมาตรฐานระดับอำเภอ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ

2.1 โปรแกรมพื้นฐาน : บนพื้นฐานแนวคิด 3อ 2ส 1น 1ฟ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบหรี่ งดสุรา การนอนหลับพักผ่อนอย่างมีคุณภาพ และการรักษาสุขภาพช่องปาก) และมีกิจกรรม ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แนะนำหยุดสูบบุหรี่ สิ่งเสพติด และแอลกอฮอล์ โภชนบำบัดที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ให้ความรู้เรื่องยา การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการแปลผล ภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข และ โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน และโรคที่พบร่วมกับเบาหวาน

2.2 โปรแกรมเข้มงวด : เป้าหมายน้ำหนักลดลง 1-4 กก.ต่อเดือน ต่อเนื่องโดยไม่มีอาการผิดปกติ จนน้ำหนักลดลงได้มากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนัก เริ่มต้น โดยโปรแกรมเข้มงวดจะได้รับการสอนตามโปรแกรมพื้นฐาน ร่วมกับการจำกัดปริมาณพลังงานรวมจากอาหาร และเครื่องดื่มลง 500-1,000 กิโล แคลอรีต่อวัน เพิ่มกิจกรรมทางกาย หรือมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

2.3 การติดตาม : Home monitoring โดยมีการติดตามสื่อสารช่วงเดือนแรก ทุก 1-2 สัปดาห์ ระดับน้ำตาลแนวโน้มลดลง ยืดระยะติดตามเป็นทุก 2 และ ทุก 4-6 สัปดาห์ โดยให้ อสม.หรือผู้เป็นเบาหวาน ตรวจ CBG 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยตรวจก่อนอาหารเช้า และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ส่งผลตรวจทาง Line OA พร้อมรายการอาหารที่รับประทาน ต่อเนื่องทุกเดือน (ถ้าได้รับยาลดระดับน้ำตาลอยู่ ควรเจาะตรวจก่อนนอนด้วย) เกณฑ์เป้าหมาย CBG ก่อนอาหาร คือ 80-130 หลังอาหารระยะ 1-2 เดือนแรกต่ำกว่า 140 ต่อมาให้ต่ำกว่า 110 มก./ดล. มีการติดตามที่ รพสต./รพช./รพท. ทุก 1 เดือนจนกว่า FPG

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ ในระยะยาวมากกว่า 1 ปี เพื่อดูผลต่อความคงอยู่ของ

พฤติกรรมสุขภาพ ระดับ HbA1c และภาวะแทรกซ้อนระยะต้น–ระยะยาว

2. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มบริบทที่แตกต่างกัน (เช่น อำเภอเมือง/อำเภอชนบท จังหวัดอื่น) หรือเปรียบเทียบรูปแบบที่เน้นเวชศาสตร์วิถีชีวิตกับการดูแลมาตรฐาน เพื่อยืนยันความเหมาะสมและความยืดหยุ่นของรูปแบบในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. Sapra A, Bhandari P. (2023). Diabetes. [Updated 2023 Jun 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551501/
2. World Health Organization. (2024). Diabetes. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
3. International Diabetes Federation. (2025). IDF Diabetes Atlas: Global diabetes data & statistics. https://diabetesatlas.org/
4. International Diabetes Federation. (2025). Thailand diabetes statistics & insights | IDF Atlas. https://diabetesatlas.org/data-by-location/country/thailand/
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2024, 13 พฤศจิกายน). น่าห่วง!! คนไทยป่วยเบาหวานพุ่ง 6.5 ล้านคน แนะปรับพฤติกรรม กินหลากหลาย เน้นผัก-ผลไม้ น้ำตาลต่ำ มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ. ThaiHealth. https://www.thaihealth.or.th/น่าห่วง-คนไทยป่วยเบาหวานพุ่ง-6-5-ล้านคน-แนะปรับพฤติกรรม-กินหลากหลาย-เน้นผัก-ผลไม้-น้ำตาลต่ำ-มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ
6. ศิรินภา เชี่ยงหลิว. (2566). เวชศาสตร์เพื่อการดำเนินชีวิต หรือเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) [ออนไลน์] กองการแพทย์ทางเลือก https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/08/บทความเวชศาสตร์เพื่อการดำเนินชีวิต-หรือเวชศาสตร์วิถีชีวิต-Lifestyle-Medicine.pdf
7.สุรชัย โชคครรชิตไชย.(2567). เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) กลยุทธ์ไปสู่การแก้ไขปัญหา NCDs ในประเทศไทย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
8.ทนงศักดิ์ ราชเจริญ.(2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2568). รายงานสถานการณ์/มาตรฐานด้านข้อมูลโรคเบาหวาน [Standard report]. ศูนย์สารสนเทศทางสุขภาพ (HDC). https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-report-detail/eeeab22e386d32e7f5f5ecefebce0001?subcatalogId=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
10. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.
11. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566 (ฉบับปรับปรุง กพ.67) (Thai Diabetes Clinical Practice Guideline 2023). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.
12. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ.
13. วาสนา แสนมหาชัย. (2567). ผลของการให้คำปรึกษารายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ ป่วย เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(3), 420-428.
14. รัชฎาภรณ์ ภูโอบ. (2567). ผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาล นามน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 496-506.
15. American College of Lifestyle Medicine. Definition of Lifestyle Medicine [Internet]. [cited 2023 Jul 4]. Available from: https://lifestylemedicine.org/overview/

16. วิไลรัตน์ สุทธิประภา.(2568). ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 10(6). 157-67
17. หทัย ธาตุทำเล.(2568). ประสิทธิผลของการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 18(3) 139-53

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา

The Effects of High-fidelity simulation on the Clinical Judgment of Professional Nurses in the Obstetrics Department, Yala Hospital.

(Received: June 22,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

อาภาภรณ์ หาญณรงค์[1] ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา[2] ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล[2]
Arpaporn Hannarong[1] Pratyanan Thiangchanya[2] Shutiwan Purinthrapibal[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา จำนวน 30 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง 2 สถานการณ์ ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษรุนแรง และ 2) แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกที่ประยุกต์จาก Lasater Clinical Judgment Rubric (LCJR) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI = 0.86) และความเที่ยง (Reliability = .74) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.673$, $p < .001$) โดยคะแนนมัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 14.50 เป็น 16.00 เมื่อพิจารณารายสถานการณ์พบว่าคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในสถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอด ($p < .001$) และภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษรุนแรง ($p < .001$) นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ตามขั้นตอนการตัดสินใจทางคลินิก พบว่าคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขั้นการประเมิน (Noticing) ($p = .021$) ขั้นการแปลผล (Interpreting) ($p = .001$) และขั้นการปฏิบัติ (Responding) ($p < .001$)

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง, การตัดสินใจทางคลินิก, พยาบาลสูติกรรม

Abstract

This quasi-experimental research, employing a one-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of using high-fidelity simulation (HFS) on the clinical judgment abilities of professional nurses working in the obstetric department at Yala Hospital. The sample consisted of 30 professional nurses working in the obstetric department at Yala Hospital, selected through purposive sampling. The research instruments included: 1) two high-fidelity simulation scenarios focusing on postpartum hemorrhage (PPH) and severe preeclampsia; and 2) a clinical judgment assessment scale adapted from the Lasater Clinical Judgment Rubric (LCJR), which demonstrated a content validity index (CVI) of 0.86 and a reliability of 0.74. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed-Ranks Test.

The results revealed that after participating in the high-fidelity simulation program, the overall clinical judgment scores of the participants were significantly higher than those before the intervention ($Z = -4.673$, $p <$

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล
[2] สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

.001), with the median score increasing from 14.50 to 16.00. Regarding specific scenarios, the clinical judgment scores significantly increased in both the postpartum hemorrhage ($p < .001$) and severe preeclampsia ($p < .001$) scenarios. Furthermore, analyzing by the subscales of the clinical judgment process showed significant improvements in the dimensions of Noticing ($p = .021$), Interpreting ($p = .001$), and Responding ($p < .001$).
Keywords: High-Fidelity Simulation, Clinical Judgment, Obstetric Nurses

บทนำ

การตายของมารดาเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพระบบบริการสุขภาพด้านสูติกรรมทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีอัตราการตายของมารดาประมาณ 223 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน[1] สำหรับประเทศไทยแม้อัตราการตายของมารดาจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลก แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่ประเทศกำหนดได้ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2563-2568 พนอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 23.10, 23.26, 28.10, 19.10, 19.30 และ 19.80 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ[2] สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การตายของมารดายังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่สามารถป้องกันได้ เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทย

ข้อมูลในระดับเขตสุขภาพพบว่ามีอัตรามารดาตายต่อเกิดมีชีพแสนคนระหว่างปี พ.ศ. 2563-2568 คือ 33.67, 67.03, 37.88, 21.95, 36.93 และ 32.39 ตามลำดับ และจังหวัดยะลามีอัตรามารดาตายต่อเกิดมีชีพแสนคนจะหว่างปี พ.ศ. 2563-2568 คือ 68.75, 60.65, 53.01, 30.58, 11.09 และ 54.73 ตามลำดับ [3] เมื่อพิจารณาในระดับโรงพยาบาลยะลาพบว่าอัตราการตายของมารดายังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ แม้ในบางช่วงเวลาจะมีแนวโน้มลดลง แต่สถานการณ์ยังไม่คงที่และยังคงพบการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะวิกฤตทางสูติกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคร่วมทางอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถเกิดอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและต้องอาศัยการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ[4]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การเสียชีวิตของมารดาพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตมีลักษณะซับซ้อนมากขึ้นและเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยด้านสูติกรรม ภาวะโรคร่วม และการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่รวดเร็ว ส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีความสามารถในการประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะเสี่ยง วิเคราะห์สถานการณ์ และตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในหน่วยงานสูติกรรมที่มีผู้ป่วยภาวะวิกฤตและภาวะเสี่ยงสูง พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการติดตามอาการ ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้การพยาบาลอย่างทันท่วงทีเพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ในบริบทของการบริหารทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาล การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการคงไว้ซึ่งสมรรถนะทางวิชาชีพ (competency maintenance) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยเฉพาะสมรรถนะด้านการประเมินอาการ การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมภาวะวิกฤต สภาการพยาบาลได้

กำหนดมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่มุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น[5]

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นเป้าหมายสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการและแนวทางในการลดและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการรับบริการสุขภาพ ผ่านการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การพัฒนาระบบบริการ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง[6] ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล โดยเฉพาะความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก จึงเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision-making) เป็นสมรรถนะสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล และการเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมในบริบททางคลินิก การตัดสินเชิงวิจารณญาณทางคลินิกเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการสังเกต การตีความข้อมูล การตอบสนองต่อสถานการณ์ และการสะท้อนคิด ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมที่จำเป็นต้องตัดสินใจภายใต้ข้อจำกัดของเวลา[7]
การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation-based learning: SBL) เป็นวิธีการเรียนรู้เชิงรุกที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิก และการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติภายใต้สถานการณ์ใกล้เคียงจริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์และสะท้อนคิดร่วมกันภายหลังการฝึก[8] โดยเฉพาะสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง (high-fidelity simulation) ซึ่งใช้เทคโนโลยีควบคุมหุ่นจำลองให้สามารถตอบสนองทางสรีรวิทยาได้ใกล้เคียงมนุษย์จริง ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกการประเมินอาการ การตัดสินใจ และการจัดการภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ

จากการศึกษาพบว่า การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] สอดคล้องกับการศึกษาของ Cant และ Cooper[10] ที่พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยส่งเสริมสมรรถนะทางคลินิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Lee และ Oh[11] ยังพบว่า การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงสามารถเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลได้ดีกว่าการจัดการเรียนรู้แบบบรรยายเพียงอย่างเดียว
ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะด้านการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการ

พยาบาลและสนับสนุนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลาก่อนและหลังได้รับการฝึกปฏิบัติโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ one-group pretest–posttest design เพื่อศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มปฏิบัติการด้านสูติกรรม จำนวน 52 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (non-probability sampling) และคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย[12] โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้านสูติกรรม ในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) จำนวน 30 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis[13] ใช้ test family เลือก t-tests, statistical test การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ one-group pretest–posttest ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ดังนั้นการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างให้สอดคล้องกับการเปรียบเทียบก่อน–หลัง โดยใช้แนวทางการคำนวณสำหรับ difference between two dependent means (match paired) และปรับค่าอำนาจการทดสอบตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ โดยกำหนด power = 0.80, Effect size 0.56, α = 0.05 (two-tailed) ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างหลังปรับวิธีการคำนวณดังกล่าว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 28 คน เพื่อความมั่นใจในการเก็บข้อมูลและลดปัญหาการขาดหายของข้อมูล (Attrition) ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงการพยาบาลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม กรณี Eclampsia และ กรณี Postpartum hemorrhage ได้รับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อสถานการณ์ทั้ง 3 ท่าน มีความคิดเห็นคือ เห็นด้วยกับเนื้อหาสถานการณ์ทั้ง 3 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิก มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลในแผนกด้านสูติกรรม หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และระดับการศึกษาสูงสุด เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมินด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิก ประกอบด้วย 2 โจทย์สถานการณ์ คือ สถานการณ์ที่ 1 การพยาบาลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: สถานการณ์ที่ 1 กรณี Eclampsia และ สถานการณ์ที่ 2 กรณี Postpartum hemorrhage เป็นข้อคำถามแบบคำถามปรนัย (Objective/Closed-ended questions) ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

(Multiple-choice) แบ่งเป็น Single Best Answer (เลือก 1 ข้อที่ถูกที่สุด) Multiple Response (เลือกหลายข้อที่ถูกต้องตามจำนวนที่กำหนด) ที่ประยุกต์จาก Lasater Clinical Judgment Rubric ตามแนวคิดของ Tanner [14,7]

เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อซึ่งมีลักษณะข้อคำถามและการตอบที่แตกต่างกัน จึงมีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) ข้อคำถามที่ 1, 2 และ 3 มีลักษณะของตัวเลือกคำตอบแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ให้เลือกตอบมากกว่า 1 รายการ และข้อคำถามที่ 4 และ 6 มีลักษณะของตัวเลือกคำตอบแบบจัดกลุ่ม ให้เลือกตอบมากกว่า 1 รายการเช่นเดียวกัน โดยแต่ละข้อมีจำนวนรายการคำตอบที่ถูกต้องแตกต่างกัน การได้คะแนนขึ้นอยู่กับจำนวนตัวเลือกคำตอบที่เลือกได้ถูกต้อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เลือกตัวเลือกคำตอบที่ถูกต้องครบทุกข้อ	ให้ 1 คะแนน
เลือกตัวเลือกคำตอบที่ถูกต้องแต่ไม่ครบทุกข้อ	ให้ 0 คะแนน
เลือกตัวเลือกคำตอบที่ไม่ถูกต้อง	ให้ 0 คะแนน

2) ข้อคำถามที่ 5, 7, 8 และ 9 มีลักษณะของตัวเลือกคำตอบแบบ 1 ตัวเลือก ให้เลือกตอบคำตอบเดียว ที่ถูกต้องที่สุดนับค่าคะแนนเป็น 1 คะแนน

เลือกตัวเลือกคำตอบที่ถูกต้อง	ให้ 1 คะแนน
เลือกตัวเลือกคำตอบทีไม่ถูกต้อง	ให้ 0 คะแนน

3) ข้อคำถามที่ 10 และ 11 เป็นการประเมินตนเองที่มีค่าคะแนนเป็นระดับ ไม่นับรวมเป็นค่าคะแนนกับข้อคำถามที่ 1-9

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันทบทวนค้นหาปัญหากับเจ้าหน้าที่ในแผนกสูติกรรม และประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวของในการให้บริการสูติกรรม ได้แก่แพทย์และแผนกผู้ป่วยในเพื่อร่วมกันทบทวนหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมพยาบาลแผนกสูติกรรม ซึ่งประกอบด้วย

1. ระบบการประเมินทางสูติกรรม ดังนี้

1.1 รวบรวมเนื้อหาจากตำรา คู่มือและเอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการประเมินภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

1.2 จัดทำสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง โดยทบทวนจาก เนื้อหาเวชระเบียนผู้ป่วย ระเบียบปฏิบัติของแผนกสูติกรรม และมาตรฐานการประเมินภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

1.3 นำสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. การตัดสินใจทางคลินิกในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ดังนี้

2.1 รวบรวมเนื้อหาแบบสอบถามวัดการการตัดสินใจทางคลินิกในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำนวน 2 สถานการณ์ สถานการณ์ละ 11ข้อ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

2.2 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว จึงจัดทำเนื้อหาสถานการณ์ และแบบสอบถามเพื่อวัดการตัดสินใจทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบที่พัฒนา เครื่องมือทีใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิก

เก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

1.1 ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวิธีการและตอบข้อข้องใจต่างๆ รวมถึงประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย

1.2 การเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้ยินยอมจะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและต้องได้รับความยินยอมทุกราย โดยลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

1.3 ผู้ยินยอมสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือเลือกที่จะไม่ตอบคำถามในแบบสอบถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ยินยอมทั้งสิ้น

1.4 การรักษาความลับของข้อมูลโครงการวิจัยนี้ เป็นการให้ผู้ยินยอมตอบแบบสอบถามโดยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ยินยอม และเมื่อผู้ยินยอมลงนามในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจะแยกใบยินยอมออกจากแบบสอบถามไว้คนละส่วนกัน เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงกันของแบบสอบถามกับใบยินยอมให้ทำการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและไม่นำข้อมูลหรือความลับของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผยหรือนำเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคล ส่วนข้อมูลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะไม่มีการเปิดเผยทั้งสิ้น มีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ยินยอมได้

1.5 ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่

ระยะที่ 2 ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกก่อนการฝึกอบรม (pretest) จำนวน 22 ข้อ ซึ่งเป็นโจทย์สถานการณ์ 2 สถานการณ์ สถานการณ์ละ 11 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมการฝึกอบรมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงตามกลุ่มที่กำหนด โดยจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 33 คน โดยการสุ่มจับสลาก กลุ่มละ 3 คน รวม 11 กลุ่ม

3. การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง จำนวน 2 สถานการณ์ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนต้องเข้าร่วมปฏิบัติครบทั้งสองสถานการณ์ โดยใช้เวลาสถานการณ์ละ 1 ชั่วโมงต่อกลุ่ม ภายใต้การดูแลของผู้ดำเนินการ แบ่งเป็น

3.1 การชี้แจงสถานการณ์และการวางแผนการปฏิบัติ (prebriefing) 10 นาที

3.2 การดำเนินสถานการณ์จำลอง 20 นาที

3.3 การสะท้อนผลการเรียนรู้ (debriefing) และการเรียนรู้ผ่าน concept mapping 30 นาที

ระยะที่ 3 หลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติครบทั้งสองสถานการณ์

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกทันที (posttest)

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถาม แสดงความคิดเห็น หรือสะท้อนประสบการณ์เพิ่มเติมตามความสมัครใจ

3. วิเคราะห์ผลของคะแนนการตอบข้อคำถามประเมินการตัดสินใจทางคลินิก 22 ข้อ ซึ่งเป็นโจทย์สถานการณ์ 2 สถานการณ์ สถานการณ์ละ 11 ข้อ ทั้งก่อนและหลังการใช้สถานการณ์เสมือนจริงระดับสูงในการปฏิบัติการพยาบาล ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 41.33 ปี และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.87 ปี ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.673$, $p < .001$)

เมื่อพิจารณารายสถานการณ์ พบว่าสถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดมีคะแนน Median เพิ่มจาก 7.00 เป็น 8.00 คะแนน ($Z = -3.574$, $p < .001$) และสถานการณ์ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษรุนแรงเพิ่มจาก 7.00 เป็น 8.50 คะแนน ($Z = -4.129$, $p < .001$)

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา ก่อนและหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง ตัวบ่งชี้ที่ 1-9 ทั้งสถานการณ์ที่ 1 และ 2 (n = 30)

โจทย์สถานการณ์	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
สถานการณ์ที่ 1 (PPH)	7.00	3.50	8.00	2.25	-3.574	< .001
สถานการณ์ที่ 2 (Eclampsia)	7.00	1.25	8.50	1.00	-4.129	< .001
รวม 2 สถานการณ์	14.50	5.00	16.00	2.00	-4.673	< .001

เมื่อวิเคราะห์รายขั้นตอนของการตัดสินใจทางคลินิก พบว่าคะแนนด้านการประเมิน (Noticing) การแปลผล (Interpreting) และการตอบสนอง (Responding) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม โรงพยาบาลยะลา ก่อนและหลังได้รับก่อนและหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง รายขั้นตอน (n = 30)

โจทย์สถานการณ์	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
ขั้นการประเมิน	3.00	1.00	3.00	1.00	-2.309	.021*
ขั้นการแปลผล	5.00	2.00	6.00	1.00	-3.407	.001**
ขั้นการปฏิบัติ	6.00	3.00	7.00	2.00	-4.002	< .001**

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

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง สามารถพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้านสูติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสถานการณ์จำลองเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกประเมิน วิเคราะห์ และตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เชิงรุกและเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติจริง ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของ Tanner ซึ่งอธิบายว่ากระบวนการตัดสินใจทางคลินิกประกอบด้วยการประเมิน การแปลผล การตอบสนอง และการสะท้อนคิด รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Görcü และคณะ ที่พบว่าการใช้ simulation-based learning ช่วยพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล[15] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kawase และคณะ ที่พบว่าการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยส่งเสริม clinical judgment และ clinical reasoning ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงสามารถพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้านสูติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนการใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว รวมถึงการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผลในบริบทที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตา กรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทาง ให้กำลังใจ ตลอดจนติดตามความคืบหน้าตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ครั้งนี้ เพื่อให้วิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน รวมถึงโรงพยาบาลยะลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ที่ให้ความช่วยเหลือด้านบุคลากรผู้ดูแลเครื่องมือในการใช้จัดการสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง จนกระทั่งงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุได้ล่วงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, & United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division.(2023). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. 2023. [cited 2026 May 16]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759

2. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). รายงานสถานการณ์การตายของมารดา ประเทศไทย ปี 2563-2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.

3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.(2568). รายงานอัตราส่วนมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 12 และจังหวัดยะลา ปี 2563-2568. นนทบุรี:กรมอนามัย; 2568.
4. โรงพยาบาลยะลา.(2568). รายงานสถิติอัตราการตายของมารดา โรงพยาบาลยะลา ปีงบประมาณ 2563-2568. ยะลา: กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา; 2568.
5. Thailand Nursing and Midwifery Council.(2001). Standards of nursing and midwifery practice B.E. 2544. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2001.
6. World Health Organization.(2023). Maternal mortality [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 May 22]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
7. Tanner CA.(2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. Journal of Nursing Education. 2006;45(6):204-211. doi:10.3928/01484834-20060601-04.
8. Jeffries PR.(2016). The NLN Jeffries simulation theory. New York: National League for Nursing; 2016.
9. Shin S, Park JH, Kim JH.(2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: Meta-analysis. Nurse Educ Today. 2015;35(1):176-182. doi:10.1016/j.nedt.2014.09.009
10. Cant RP, Cooper SJ.(2017). The value of simulation-based learning in pre-licensure nurse education: A state-of-the-art review and meta-analysis. Nurse Educ Pract. 2017;27:45-62. doi:10.1016/j.nepr.2017.08.012
11. Lee J, Oh PJ.(2020). Effects of the use of high-fidelity human simulation in nursing education: A meta-analysis. J Nurs Educ. 2020;59(9):501-507. doi:10.3928/01484834-20200817-04
12. Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck.(2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A.(2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-191. Available from: https://doi.org/10.3758/BF03193146
14. Lasater K.(2007). Clinical judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. J Nurs Educ. 2007;46(11):496-503.
15. Görcü Y, et al.(2024). Simulation-based learning and clinical decision-making skills among nursing students: A systematic review. Nurse Educ Today. 2024;134:106091.
16. Kawase K, et al.(2024). Effects of simulation-based education on clinical judgment skills among novice nurses. Nurse Educ Pract. 2024;74:103876.
17. El Hussein M, Jakubec SL, Osuji J.(2023). The effectiveness of simulation-based learning on clinical judgment in nursing education: An integrative review. Clinical Simulation in Nursing 2023; 76: 12-21

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

Development of an Early Childhood Development Promotion Model Using the District Health Board Mechanism in Mukdahan Province.

(Received: June 22,2026 ; Revised: June 27,2026 ; Accepted: June 30,2026)

กิตติศักดิ์ ประคองสิน[1] อรทัย ทองขัน[1]
Kittisak Prakhongsin[1] Orathai tongkhun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย หรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ Paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การศึกษาบริบทของพื้นที่ ขั้นที่ 2 การดำเนินงาน ขั้นที่ 3 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ขั้นที่ 4 กำกับติดตาม ประเมินผล และขั้นที่ 5 ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน สรุปได้เป็น“ MUK–MUM Model” (โมเดลการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร) ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นในทุกด้าน และจำนวนเด็กที่มีภาวะสงสัยล่าช้าลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เด็กปกติ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.47 และด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 79.16

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, เด็กปฐมวัย,คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Abstract

This study employed an action research design aimed at developing an early childhood development promotion model using the mechanism of the District Health Board (DHB) in Mukdahan Province. The target groups consisted of members of the District Health Board, parents or caregivers of young children, and relevant stakeholders. Both quantitative and qualitative data were collected. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics using paired sample t-test. Qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that the developed model for promoting early childhood development using the District Health Board mechanism consisted of five key steps: (1) contextual analysis of the area, (2) implementation planning, (3) execution of the action plan, (4) monitoring and evaluation, and (5) lesson learned and analysis of problems, barriers, and success factors. This process was synthesized into the “MUK–MUM Model” (Mukdahan Early Childhood Development Promotion Model). The implementation of the model resulted in significant improvements in early childhood development across all domains. The proportion of children with normal developmental status increased, while the number of children with suspected developmental delays decreased continuously. Notably, the fine motor and cognitive

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

development domain showed the highest improvement, with normal development increasing to 89.47%, followed by the gross motor domain at 79.16%.

Keywords : Model development, early childhood development promotion, young children, District Health Board (DHB)

บทนำ

เด็กปฐมวัยถือเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่สมองและระบบประสาทมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว หากเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสม ครอบคลุม และต่อเนื่อง จะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาอย่างสมดุล ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเรียนรู้และการดำรงชีวิตในระยะยาว ในทางกลับกัน หากเด็กขาดโอกาสหรือไม่ได้รับการดูแลส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก ครอบครัว และสังคมในอนาคต [1]

สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-5 ปีของประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2562 มีจำนวนทั้งหมด 4,106,407 คน [2] หากแบ่งตามการดูแลและการจัดการศึกษา สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็ก 0-1 ปี จำนวน 734,240 คน หรือ ร้อยละ 5.47 ของ เด็กทั้งหมดที่ส่วนใหญ่เป็นการดูแล และเป็นการให้การศึกษาเบื้องต้นจากครอบครัว อาทิ บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย ญาติและผู้ดูแล และกลุ่มเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 3,282,167 คน คิดเป็นร้อยละ 94.53 ของ เด็กทั้งหมด ที่บางส่วนเริ่มเข้าสู่สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่อายุ 2 ปี ซึ่งหากพิจารณาเด็กในช่วงวัยนี้ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเด็กปฐมวัยส่วนมากอยู่ในสถาน รับ เลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาที่มีชั้นอนุบาล และจากผลการสำรวจ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2555 [3] พบว่า จำนวนร้อยละ 20 ของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ และการ เตรียมความพร้อมก่อนการเข้าเรียนของเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กไทยจำนวนมาก มีระดับ พัฒนาการตามศักยภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

จังหวัดมุกดาหารมีประชากรเด็กอายุ 0-5 ปี ในปี 2566 รวมทั้งสิ้นประมาณ 17,684 คน [4] โดยแยกเป็นกลุ่มได้ ดังนี้ กลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี ประมาณ 8,200 คน และกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ประมาณ 9,484 คน การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร มุ่งเน้นให้ความสำคัญ ใน 4 ช่วงอายุ ประกอบด้วย 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance & Promotion Manual: DSPM) เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2566 พบว่าเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 94.9 พัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ 75.2 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20.8 เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน ร้อยละ 96.7 พัฒนาการสมวัยครั้งแรกรวมเด็กพัฒนาการสมวัยหลังการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน ร้อยละ 93.9 ด้านบริบทการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าเมื่อเด็กได้รับ การคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุจากบุคลากรสาธารณสุข และพบว่าเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน โดยผู้ปกครองที่บ้าน แต่ยังพบว่า ผู้ปกครองเด็กยังขาดทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้ปกครองขาดความรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เลี้ยงดูโดยผู้สูงอายุ เนื่องจากพ่อแม่ไปทำงานกรุงเทพฯ หรือต่างจังหวัด รวมถึงการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ผ่าน

มายังขาดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จากสภาพปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เด็กปฐมวัยขาดโอกาสในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอื่นๆ ของเด็กในอนาคต [5]

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ของประเทศไทย ได้มีการกำหนดกลไกสำคัญคือ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” ซึ่งเกิดขึ้นตามนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการกระจายอำนาจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคมอย่างเป็นองค์รวม (Holistic approach) ผ่านกระบวนการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในระดับอำเภอ ทั้งนี้ พชอ. มีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการทำหน้าที่เป็นกลไกกลางในการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ สำหรับจังหวัดมุกดาหาร ได้มีการนำกลไก พชอ. มาขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพสำคัญของพื้นที่ (Area-based health issues) ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาเด็กในพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กมีความต่อเนื่องและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น ทั้งยังช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กอย่างเหมาะสมตามวัย ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพเด็กปฐมวัยในระยะยาว

ดังนั้น การนำกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดมุกดาหาร จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อันจะนำไปสู่การพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัยอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยยกระดับการทำงานเชิงบูรณาการในระดับพื้นที่ ทำให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเกิดความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในพื้นที่อื่นๆ ต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดมุกดาหาร

2. เพื่อพัฒนากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดวงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart [6] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ขั้นการศึกษาบริบทของพื้นที่ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) โดยในขั้นตอนของกระบวนการการวางแผน ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C: Appreciation Influence Control)

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) การดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

1) ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน

2) สังเกตผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยทำการสังเกตในทุกกิจกรรมระหว่างการ ดำเนินการและหลังการดำเนินการ พร้อมบันทึกผล

3) ประเมินผล

3.1) ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวแทนผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยต่อการพัฒนารูปแบบ

3.2) ประเมินความพึงพอใจต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3.3) ประเมินการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

3.4) ประเมินการส่งเสริมพัฒนาการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

3.5) ประเมินความรู้ การรับรู้หลังดำเนินกิจกรรม

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดยสรุปผลของกิจกรรม โครงการ และการดำเนินงาน สะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน คืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผล โดยดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568 ในเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 9,18,30,42,60 ร้อยละ 90 พัฒนาการสมวัยทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1.ด้านการคลื่อนไหว 2.ด้านพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อกล้ามเนื้อมัดเล็ดและสติปัญญา 3.ด้านการเข้าใจภาษา 4.ด้านการใช้ภาษา และ 5.ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (Population) ที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ส่งเสริมพัฒนาการ ประกอบ 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1.1 เด็กปฐมวัย ที่มีอายุครบ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 และได้รับการตรวจคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดมุกดาหาร ผู้เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.3 ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ที่มีอายุครบ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มตัวอย่างสำหรับสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 63 คน

ได้แก่ (1) ประธาน พชอ.หรือผู้แทน และเลขา พชอ. อำเภอละ 2 คน จำนวน 14 คน (2) บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล อำเภอละ 1 คน จำนวน 7 คน (3) ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอละ 1 คน จำนวน 7 คน (4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอละ 2 คน จำนวน 14 คน (5) ตัวแทนภาคประชาชนหรือผู้นำชุมชน จำนวน 7 คน (6) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย อำเภอละ 2 คน จำนวน 14 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ (1) เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้จากการตรวจประเมินพัฒนาการทุกคนที่ ยินยอมเข้าร่วมโครงการ อำเภอละ 10 คน จำนวน 70 คน (2) ผู้ปกครองของเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าทุกคน ประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยโดยตรง (บิดา มารดา) และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ดูแลเด็กปฐมวัย (เครือญาติ) และตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอละ 10 คน จำนวน 70 คน

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม ใช้วิธีการคัดเลือกลุ่มเป้าหมายแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีความพร้อมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงใช้ หลักเกณฑ์คัดเข้าและหลักเกณฑ์คัดออกของผู้ร่วมวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.1 หลักเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1.1.1 เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.1.2 เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

1.1.3 เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1.1.4 สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

1.1.5 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

1.2 หลักเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1.2.1 ผู้ร่วมวิจัยของดการให้ข้อมูลระหว่างการวิจัย

1.2.2 ผู้ร่วมวิจัยได้รับคำสั่งย้ายไปปฏิบัติราชการต่างจังหวัดในระหว่างการวิจัย

1.2.3 มีประวัติการเจ็บป่วยรุนแรง

2. ตัวแทนผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

2.1 หลักเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

2.1.1 เป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย

2.1.2 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย

2.1.3 ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.1.4 มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมายเข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

2.2 หลักเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

2.2.1 ผู้ที่มีความผิดปกติทางการสื่อสารหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้เข้าใจ หรือให้ข้อมูลต่างๆ ได้

2.2.2 มีร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีโรคแทรกซ้อนในระดับที่ รุนแรงที่จะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มได้

2.2.3 ผู้ปกครองเด็กที่อยู่ระหว่างการย้ายไปเข้าศึกษาที่อื่น

เครื่องมือที่ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

ทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ด้วยคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกก่อนและหลัง การดำเนินการ มีโครงสร้างของข้อความเป็นคำถามปลายเปิด (Opened-end Interview) ซึ่งผู้วิจัยได้ พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ของ อัจฉรา ผาดโผน [7]โดยใช้สัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 1) ระบบเฝ้าระวังด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปัญหาและอุปสรรค 2) แนวทางการแก้ไข

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับ สำหรับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วม ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อวัดการมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 3 การรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.92 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) จากการคำนวณ KR-20 เท่ากับ 0.80

1.2 แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.98 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) จากการคำนวณ KR-20 เท่ากับ 0.81

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจ พบว่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.96 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.90

1.4 แบบประเมินการมีส่วนร่วม พบว่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.97 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.97

2. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยก

เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้แก่ ระยะศึกษาบริบท ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะประเมินผล

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ โดยการทบทวนเอกสาร รายงานผลการดำเนินงาน รายงานการประชุม และข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร นอกจากนี้ ได้ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบริบท ปัญหา และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

ผู้วิจัยดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation–Influence–Control) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดวิสัยทัศน์ วางแผน และจัดทำแผนปฏิบัติการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากนั้นนำแผนไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยมีการติดตาม สนับสนุน และบันทึกผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

ระยะที่ 3 การประเมินผล

ภายหลังการดำเนินงาน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลด้านความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน รวมทั้งประเมินผลพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM ในช่วงอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการดำเนินงานด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา

1.3 วิเคราะห์การรับรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานด้วยสถิติ Paired t-test

1.4 วิเคราะห์ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ เพื่อเปรียบเทียบจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยก่อนและหลังการดำเนินงานตามเกณฑ์ของคู่มือ DSPM

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการถอดบทเรียน ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เลขที่ 70.0033.2567 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ศึกษาบริบทการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร พบว่า จังหวัดมุกดาหารมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีวิถีชีวิตแบบชุมชนที่ยังคงความเข้มแข็ง มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน จังหวัดมุกดาหารมีเด็กปฐมวัยอายุ 0–5 ปี จำนวนประมาณ 17,684 คน โดยผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 94.9 มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรกร้อยละ 75.2 และพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 20.8 นอกจากนี้ ยังพบปัญหาสำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ การดำเนินงานยังขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้ปกครองขาดความรู้และทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การติดตามและส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ายังไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและภาคีเครือข่ายในชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบดำเนินงานใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด PAOR ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ผ่านกระบวนการ AIC (Appreciation–Influence–Control) ผลจากการพัฒนารูปแบบ ทำให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมของจังหวัดมุกดาหาร คือ “เด็กมุกดาหาร สมวัย ใส่ใจทุกครอบครัว ชุมชนร่วมดูแล ระบบบริการเข้มแข็ง” ซึ่งสะท้อนแนวคิดการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม โดยให้เด็กเป็นศูนย์กลาง ครอบครัวเป็นฐาน ชุมชนมีส่วนร่วม และระบบบริการสุขภาพเป็นกลไกสนับสนุนสำคัญ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้ปกครอง การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน การบูรณาการการทำงานของหน่วยงานในพื้นที่ การติดตามกำกับงานอย่างต่อเนื่อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่าย

3. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการดำเนินงานกลุ่มผู้ปกครองและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น มีการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานที่ดีขึ้น มีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ เด็กปฐมวัยที่ได้รับการเฝ้าระวัง ส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. บริบทและปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

จังหวัดมุกดาหารยังประสบปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลายด้าน ได้แก่ การขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าไม่ต่อเนื่อง ผู้ปกครองขาดความรู้และทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก รวมถึงภาคีเครือข่ายในชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของกรมอนามัย ที่ระบุว่า การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา และระบบบริการสุขภาพ

เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามช่วงวัย อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายฉบับที่พบว่า ผู้ปกครองที่ขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการล่าช้าของเด็กปฐมวัย

2. การพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งคณะกรรมการ พชอ. บุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ส่งผลให้เกิดการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] ที่กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการพัฒนางานที่เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบงานร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความตระหนัก ความเป็นเจ้าของ และความยั่งยืนในการดำเนินงานนอกจากนี้ การกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม “เด็กมุกดาหาร สมวัย ใส่ใจทุกครอบครัว ชุมชนร่วมดูแล ระบบบริการเข้มแข็ง” ยังสะท้อนถึงการพัฒนาเด็กแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยร่วมกัน สรุปการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร “ MUK–MUM Model”

3. ผลของการพัฒนารูปแบบต่อผู้ปกครองและภาคีเครือข่าย

หลังดำเนินงาน ผู้ปกครองและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพ และการสื่อสารอย่างต่อเนื่องสามารถเสริมสร้างความเข้าใจและความตระหนักในการดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมอบรมถ่ายทอดความรู้ และติดตามเยี่ยมเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสนับสนุนการใช้คู่มือ DSPM ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ส่งผลให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่บ้านได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเสริมพลัง (Empowerment) ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม[7]

4. ผลของการพัฒนารูปแบบต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการเฝ้าระวัง ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินงานที่มีระบบติดตามต่อเนื่องและมีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สามารถช่วยลดปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ระบุว่า ช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เป็นช่วงเวลาทองของการพัฒนาสมองและการเรียนรู้ หากเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จะส่งผลต่อการพัฒนาด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาในระยะยาว

นอกจากนี้ การดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยังช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และภาคประชาชน ทำให้การดูแลเด็กปฐมวัยในพื้นที่มีความครอบคลุมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานในครั้งนี้[1,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรกำหนดให้ “การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย” เป็น วาระสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างชัดเจน และกำหนดตัวชี้วัดร่วม (Key Performance Indicators: KPIs)

1.2 ควรส่งเสริมให้เกิดระบบความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการสนับสนุนงบประมาณ วิชาการ และการดำเนินงานในพื้นที่

1.3 ควรสนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูลด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 ควรส่งเสริมศักยภาพผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก และครูผู้ดูแลเด็ก ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวส่งผลให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการบันทึกผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์วางแผน และติดตามผลการดำเนินงาน

2.3 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ครู และผู้นำชุมชน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ

2.4 ควรเปิดโอกาสให้ผู้บริหารท้องถิ่น คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อสร้างความร่วมมือและความสัมพันธ์ที่ดีในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2.5 ควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมด้านการใช้คู่มือ DSPM การคัดกรองพัฒนาการ และเทคนิคการสื่อสารกับผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในระดับพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมของพื้นที่

3.2 ควรมีการศึกษารูปแบบหรือแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีความยั่งยืน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 ควรพัฒนาระบบความร่วมมือแบบ “Buddy System” ระหว่าง สสจ. – อบจ. – หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เพื่อร่วมกันวางแผนดำเนินงาน และติดตามผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่ โดยเน้น การสนับสนุนงบประมาณจาก อบจ. การสนับสนุนวิชาการจาก สสจ.และการดำเนินงานเชิงพื้นที่โดย รพ.สต. และ อสม.

เอกสารอ้างอิง

1.กรมอนามัย.(2559). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

2.กรมอนามัย.(2565). รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

3.ระบบฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย.(2562). รายงานสถานการณ์เด็กปฐมวัยประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.(2566). รายงานผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2566. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2566.

5.สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย.(2560). รายงานการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

6.Kemmis S, McTaggart R.(1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

7.อัจฉรา ผาดโผน.(2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2561;7(2):219-250.

การพัฒนาโปรแกรม G-RDU เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับร้านค้าชำในจังหวัดร้อยเอ็ด

Development of G-RDU Program to Promote Rational Drug Use in Grocery Stores in Roi Et Province

(Received: June 29, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

มานิตย์ ทวีหันต์[1] พัฐเดช มกรารัตต์[2] พิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์[3]
Manit Thaweehun*, Phatdetch Makrarat[2], Pittayaporn Zimmermann[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ระบบในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าชำ 2) พัฒนาโปรแกรม G-RDU เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านค้าชำ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในพื้นที่นำร่อง ดำเนินการระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2566 ถึง 25 ธันวาคม 2567 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้านค้าชำ 100 ร้าน ใน 5 อำเภอนำร่อง จังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบเดิมมีปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การขาดฐานข้อมูลกลาง การใช้กระดาษที่มีค่าใช้จ่ายสูง การประมวลผลซ้ำซ้อน และการขาดการสื่อสารระหว่างระดับ โปรแกรม G-RDU ที่พัฒนาขึ้น (URL: https://www.grdu.fda.moph.go.th) ประกอบด้วยฟังก์ชันหลัก 6 ด้าน ผลการประเมินคุณภาพต้นแบบจากผู้เชี่ยวชาญมีคะแนนเฉลี่ย 4.32 ± 0.41 (ระดับมากที่สุด) และจากบุคลากร 3.92 ± 0.95 (ระดับมาก) การนำไปใช้สามารถประเมินร้านค้าชำครบทั้ง 100 ร้าน (ร้อยละ 100) จำแนกเป็นร้านชำสีเขียวร้อยละ 55 สีแดงร้อยละ 28 สีเหลืองร้อยละ 17 และผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP ในสัดส่วนเท่ากันที่ร้อยละ 34 ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการเฉลี่ย 85.8 จาก 115 คะแนน (ร้อยละ 74.6) ระดับมาก ความพึงพอใจของผู้ใช้งานเฉลี่ย 4.56 ± 0.32 โดยร้อยละ 89.60 อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: โปรแกรม G-RDU, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, ร้านค้าชำ, การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, จังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

This action research aimed to 1) examine the situation and user requirements for drug and health product surveillance in grocery stores; 2) develop the G-RDU program to promote rational drug use in grocery stores; and 3) evaluate the program's outcomes in pilot areas. The study was conducted between 26 December 2023 and 25 December 2024 in three phases. Sample size were 100 grocery stores across 5 pilot districts of Roi Et Province. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results revealed four major problems in the existing system: lack of centralized database, high paper-based costs, redundant data processing, and inadequate cross-level communication. The developed G-RDU program (https://www.grdu.fda.moph.go.th) consisted of six main functions. The prototype evaluation yielded mean scores of 4.32 ± 0.41 (highest level) from experts and 3.92 ± 0.95 (high level) from personnel. Implementation covered all 100 grocery stores (100%), classified as green-level 55%, red-level 28%, and yellow-level 17%, with 34% meeting both G-RDU and G-SHP criteria. Owners' health product literacy averaged 85.8 out of 115 (74.6%, high level), and user satisfaction scored 4.56 ± 0.32, with 89.60% at the highest level.

Keywords: G-RDU Program, Rational Drug Use, Grocery Stores, Health Consumer Protection, Roi Et Province

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
[2] เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
[3] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

บทนำ

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use) ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นแผนพัฒนาระบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาที่ 15 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา โดยกำหนดให้ยึดกุญแจสำคัญ 6 ประการในการพัฒนางาน คือ P-L-E-A-S-E ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee Strengthening, P) การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริมและข้อมูลยาสู่ประชาชน (Essential RDU Tools, E) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Awareness for RDU Principles among Health Personnel and Patients, A) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Special Population Care, S) และการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยแก่ประชาชนกลุ่มพิเศษ (Ethics in Prescription, E)[1] จนกระทั่งในปี พ.ศ.2563 ได้มีการพัฒนานโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ขึ้น เนื่องจากนโยบายข้างต้นครอบคลุมการปฏิบัติงานเฉพาะในระดับโรงพยาบาล โดยไม่สอดคล้องต่อการแก้ปัญหาไปจนถึงระดับชุมชน ระดับครอบครัวและระดับบุคคล จึงทำให้มีการพัฒนากิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับชุมชน 5 กิจกรรม ได้แก่ การจัดระบบข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล (Proactive Hospital Based Surveillance) เพื่อส่งข้อมูลให้กับชุมชนนำไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เกิดการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บทั้งที่ไม่ใช้ยาหรือใช้ยาเมื่อจำเป็น โดยกระบวนการร่วมมือการทำงานของพื้นที่ในการกำหนดนโยบาย มาตรการ การปฏิบัติ การติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน[2]

จากการสำรวจสถานการณ์การรกระจายยาในร้านชำของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562-2566 พบว่ายังคงมีการจำหน่ายยาอันตรายที่ห้ามจำหน่ายในร้านค้าชำที่สูง คิดเป็นร้อยละ 74.1- 82.4[3,4] โดยประเทศไทยมีมูลค่าการบริโภคยาของคนไทยสูงถึง 1.4 แสนบาทในปี พ.ศ.2555 ในจำนวนนี้เป็นการที่ผู้ป่วยมียาเกินความจำเป็นถึง 2,370 ล้านบาท และเป็นการใช้ยายังมีข้อสงสัยต่อประสิทธิภาพอีก 4,000 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายด้านยาเติบโตใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คือ ร้อยละ 7-8 ต่อปี แต่สูงกว่าอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (จีดีพี) ซึ่งอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5-6 ต่อปี ที่สำคัญพบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับสถานพยาบาลจนถึงชุมชน[5] ประชาชนในชนบทสามารถเข้าถึงยาได้หลายแหล่งทั้งที่ถูกต้องเป็นทางการและที่ผิดกฎหมาย ปัญหาการกระจายยาและการใช้ยาในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการระบาดของ สเตียรอยด์ในยาชุดยาแผนโบราณ อาหารเสริมขายให้ประชาชนซื้อกินเองจากรถเร่ร้านชำ ร้านยาจนติดสเตียรอยด์โดยไม่รู้เป็นปัญหาต่อเนื่อง มานานรายงานวิจัยส่วนมากพบว่า แหล่งยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาตนเองของประชาชน คือ ร้านชำซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยหรือครอบครัวซื้อยามาใช้เองโดยไม่ผ่านการดูแลจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[6] จากการศึกษาเรื่องแหล่งต้นทางและเส้นทางการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชนจาก 8 จังหวัดในปี พ.ศ.2559 สู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมเชิงระบบระบุว่า ผู้ใช้ยาส่วนใหญ่ในเขตชนบทมีพฤติกรรมซื้อยารักษาตนเองโดยพิจารณาจากสรรพคุณที่ผู้ขายโฆษณา ขณะที่ช่องทางการซื้อยาส่วนใหญ่ คือ ร้านขายของชำในชุมชน[7] โดยการซื้อยากินเองเป็นรูปแบบในการรักษาอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในชาวชนบท โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อก่อให้เกิดอันตรายจาก

การใช้ยาโดยไม่จำเป็น เป็นการใช้ยาที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ และนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกับโรงพยาบาลทุกแห่งทั้ง 20 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการดำเนินงาน ด้านการจัดปัญหายาในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นประเด็น ยาชุดในร้านชำ ยาอันตรายในร้านชำ และผลิตภัณฑ์เฝ้าระวังต้องสงสัยไม่ปลอดภัย ในชุมชน ออกเป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด สร้างระบบขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 เป็นต้นมา แต่ปัญหาอุปสรรค์ที่พบคือ ไม่มีการรวบรวมข้อมูลเป็นฐานข้อมูล ข้อมูลที่สำรวจปีก่อนมีการสูญหาย มีการใช้กระดาษในการทำแบบประเมินซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง ขาดง่ายและสูญหายได้ง่าย การรวมข้อมูลที่ยากเพราะต้องบันทึกรายงานซ้ำอีกครั้งเพื่อทำการวิเคราะห์ผ่านคอมพิวเตอร์ และขาดสื่อสารกันระหว่าง ระดับชุมชน ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ทำให้จังหวัดร้อยเอ็ดมีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในร้านชำไม่ต่อเนื่อง แม้มีการตรวจเฝ้าระวังอยู่ประจำทุกปีแต่ไม่สามารถจัดทำฐานข้อมูลระดับจังหวัดได้

ในปี พ.ศ. 2565 ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) มูลนิธิวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ (มวคบ.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ริเริ่มพัฒนาโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) โดยมอบหมายให้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลพนมไพร เป็นผู้พัฒนาโปรแกรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังแหล่งกระจายยาในชุมชน ทำให้ทราบสถานการณ์ภาพรวมการกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ และนำไปสู่การจัดการความเสี่ยงเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในระดับพื้นที่ จังหวัด และประเทศ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาโปรแกรม G-RDU ยังขาดการศึกษาเชิงระบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้ การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมตามหลักการวิศวกรรมซอฟต์แวร์ การประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน และการประเมินผลลัพธ์ในบริบทการใช้งานจริง การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาโปรแกรม G-RDU ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ พร้อมประเมินผลลัพธ์ในพื้นที่นำร่อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการขยายผลในระดับประเทศ และเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการคุ้มครองผู้บริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ระบบในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าชำ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรม G-RDU สำหรับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านค้าชำ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม G-RDU ที่พัฒนาขึ้นและการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่นำร่อง

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของระบบ ระยะที่ 2 การพัฒนา (Development Phase) เพื่อออกแบบและสร้างโปรแกรม และระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation Phase) เพื่อประเมินคุณภาพและผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยบูรณาการกับแนวคิดการประเมินคุณภาพระบบสารสนเทศตามหลัก Nielsen's Heuristic Usability และแนวคิดการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในชุมชนของศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ซึ่งจำแนกร้านค้าชำเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ร้านชำทั่วไป (General Grocery store: GG) ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) และร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (Grocery store-Safety Health Products: G-SHP) โดยดำเนินการระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2566

ถึง 25 ธันวาคม 2567 ซึ่งแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ระบบในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าชำ ด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการประชุมกลุ่ม เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรม G-RDU โดยกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ บุคลากรผู้ใช้ระบบ จำนวน 25 คน ประกอบด้วยเภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ 5 อำเภอนำร่อง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) รับผิดชอบตรวจร้านค้าชำมากกว่า 2 ปีขึ้นไป 2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ลาศึกษาต่อ 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานระหว่างดำเนินงานวิจัย และกลุ่มที่ 2 คือ ร้านค้าชำในพื้นที่อำเภอนำร่อง 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอทุ่งเขาหลวง อำเภอศรีสมเด็จ อำเภอพนมไพร อำเภอเมยวดี และอำเภอหนองพอก อำเภอละ 20 ร้าน รวมจำนวนร้านค้าชำทั้งหมดเท่ากับ 100 ร้าน โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 1 คือ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับบุคลากร ซึ่งครอบคลุมประเด็นปัญหาอุปสรรคของระบบเดิม ความต้องการของระบบใหม่และข้อเสนอแนะ 2) แบบบันทึกการตรวจร้านค้าชำ ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การจำหน่ายยา การจำหน่ายอาหาร การจำหน่ายเครื่องสำอาง การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ และความรอบรู้ของผู้ประกอบการ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปประเด็นความต้องการของระบบ

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม G-RDU สำหรับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านค้าชำ เป็นการนำข้อมูลจากระยะยที่ 1 มาออกแบบและพัฒนาโปรแกรม G-RDU ในรูปแบบของ Web Application โดยใช้สถาปัตยกรรมแบบ Client-Server พัฒนาด้วยภาษา PHP สำหรับ Back-end ฐานข้อมูล MySQL และ HTML5/CSS3/JavaScript สำหรับ Front-end โดยกำหนดให้สามารถเข้าถึงได้ผ่านอุปกรณ์ที่หลากหลายทั้งคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และโทรศัพท์สมาร์ทโฟน (Responsive Design) URL ของระบบ คือ https://www.grdu.fda.moph.go.th โดยโปรแกรมต้นแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ จะได้รับการทดสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วยผู้ดูแลโปรแกรมระดับอำเภอ 1 คน ระดับจังหวัด 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 คน และบุคลากร จำนวน 25 คน โดยระยะที่ 2 ใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แบบประเมิน Nielsen's Heuristic Usability จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การมองเห็นสถานะของระบบ ความสอดคล้องกับความเป็นจริง การควบคุมและอิสระในการใช้งาน ความสอดคล้องและมาตรฐาน การป้องกันข้อผิดพลาด การรับรู้ได้ทันที ความยืดหยุ่น การออกแบบที่เรียบง่าย การแจ้งเตือนข้อผิดพลาด และความช่วยเหลือและเอกสารประกอบ โดยผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรจะให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน เกณฑ์แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80) น้อย (1.81-2.60) ปานกลาง (2.61-3.40) มาก (3.41-4.20) และมากที่สุด (4.21-5.00) จากนั้นทำการปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะก่อนที่จะนำไปทดลองใช้จริง 2) คู่มือการใช้โปรแกรม G-RDU ประกอบด้วย 8 ส่วน ครอบคลุมการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน 5 หมวด แบบบันทึกการตรวจร้านชำ และวิธีการใช้งานโปรแกรม พร้อมจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรผู้ใช้งานในพื้นที่นำร่อง 5 อำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปประเด็นต่อการพัฒนาโปรแกรมต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพและผลลัพธ์ของโปรแกรม G-RDU ที่พัฒนาขึ้นในการนำไปใช้ในพื้นที่นำร่อง 5 แห่ง ได้แก่ อำเภอทุ่งเขาหลวง อำเภอศรีสมเด็จ อำเภอพนมไพร อำเภอเมยวดี และอำเภอหนอง

พอก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ร้านค้าชำในพื้นที่ 5 อำเภอนำร่อง จำนวน 100 ร้าน และ 2) บุคลากรผู้ใช้งานโปรแกรม จำนวน 25 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 3 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน 5 ระดับ ครอบคลุมด้านความสะดวกในการใช้งาน การประหยัดเวลา ความถูกต้องของข้อมูล และความเหมาะสมโดยรวม 2) แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ใช้งาน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อดีและประโยชน์เปรียบเทียบกับระบบเดิม ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะการพัฒนา และ 3) รายงานผลการใช้งานจากระบบ G-RDU ในด้านความครอบคลุมของข้อมูล สัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU/G-SHP และคะแนนความรอบรู้ของผู้ประกอบการ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินงานประเมินร้านค้าชำผ่านโปรแกรม G-RDU ที่พัฒนาขึ้น โดยเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการออกดำเนินการประเมินร้านค้าชำในพื้นที่ โดยผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากระบบและส่งแบบประเมินไปยังบุคลากรผู้ใช้งาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 5-มากที่สุด 4-มาก 3-ปานกลาง 2-น้อย และ 1-น้อยที่สุด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1942566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2566

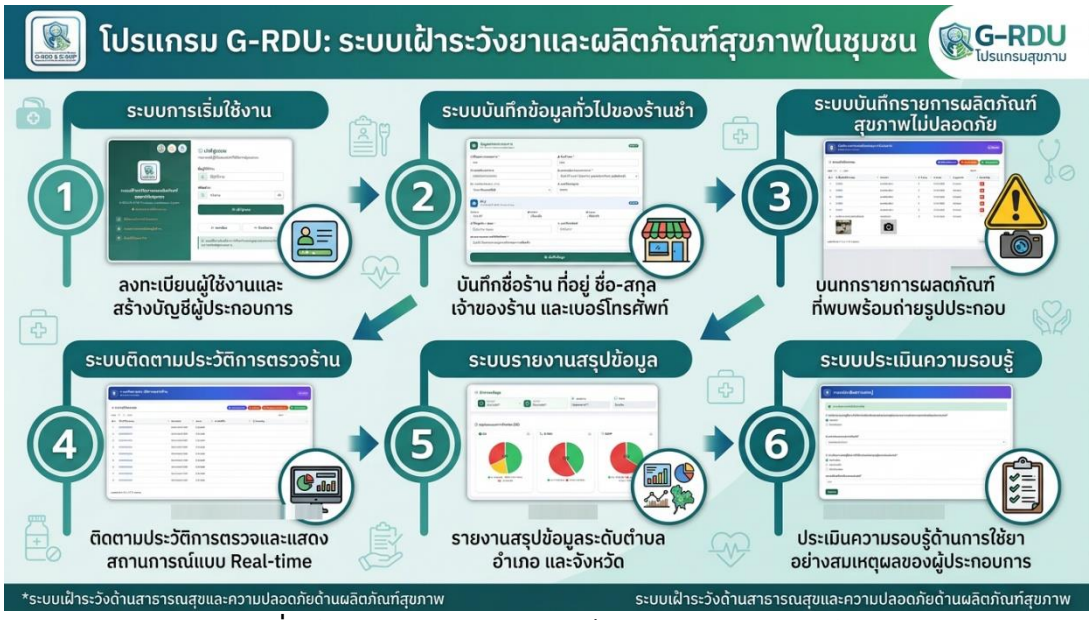
ผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษาออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านค้าชำ จากการประชุมกลุ่มกับบุคลากรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 25 คน พบปัญหาสำคัญของระบบการทำงานเดิม 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ด้านฐานข้อมูล พบว่า ไม่มีระบบฐานข้อมูลกลาง ข้อมูลที่สำรวจในแต่ละปีสูญหาย ไม่สามารถติดตามข้อมูลย้อนหลังได้ 2) ด้านค่าใช้จ่าย พบว่า การใช้กระดาษในการทำแบบประเมินมีค่าใช้จ่ายสูง ขาดง่าย และสูญหายได้ง่าย 3) ด้านการประมวลผล พบว่า ต้องบันทึกข้อมูลซ้ำเพื่อวิเคราะห์ผ่านคอมพิวเตอร์ ทำให้ใช้เวลามากและเกิดความผิดพลาดได้ และ 4) ด้านการสื่อสาร พบว่า ขาดระบบสื่อสารข้อมูลระหว่างระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องและไม่สามารถจัดทำฐานข้อมูลระดับจังหวัดได้ โดยผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากร 25 คน พบว่า มีประเด็นที่สำคัญที่มีความต้องการ ได้แก่ 1) บุคลากรมีความต้องการระบบใหม่ที่มีฐานข้อมูลดิจิทัลกลาง กรอกข้อมูลครั้งเดียวสามารถวิเคราะห์และรายงานได้ทันที เชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ และเข้าถึงได้ผ่านระบบ Mobile Device/ Computer Device/Tablet Device 2) บุคลากรมีความต้องการลดภาระงานเอกสาร ที่ต้องมีการคีย์ข้อมูลจากระบบเอกสารไปยังโปรแกรม Excel/word ต้องมีการประมวลสรุปผลข้อมูลเอง ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานที่มีความซ้ำซ้อน 3) บุคลากรต้องการมีข้อมูลแสดงผลหรือการประมวลผลที่แสดงผลทางด้านเชิงภูมิศาสตร์ โดยสามารถเห็นข้อมูลผลการสำรวจอัตโนมัติสำหรับร้านค้าชำที่มีความเสี่ยง เพื่อวางแผนในการลงพื้นที่ และ 4) บุคลากรต้องการระบบเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย และ 5) บุคลากรมีความต้องการในการติดตามประวัติร้านค้าชำที่เคยตรวจ เพื่อที่จะเห็นข้อมูลการตรวจที่ต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนาโปรแกรม G-RDU สำหรับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านค้าชำ โดยคณะทำงานได้ทำการพัฒนาโปรแกรม G-RDU ซึ่งเป็น Web Application ที่สามารถเข้าถึงได้ผ่านอุปกรณ์ที่หลากหลายทั้งคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และโทรศัพท์สมาร์ทโฟน (Responsive Design) โดย URL ของระบบคือ https://www.grdu.fda.moph.go.th โปรแกรม G-RDU มีฟังก์ชันหลัก 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบการเข้าใช้งาน ซึ่งเป็นระบบจัดการผู้ใช้งาน (User Management) รองรับการลงทะเบียนผู้ใช้ 4 บทบาท ได้แก่ ผู้ดูแลระบบ อย. โรงพยาบาล/สสจ. อสม. และ

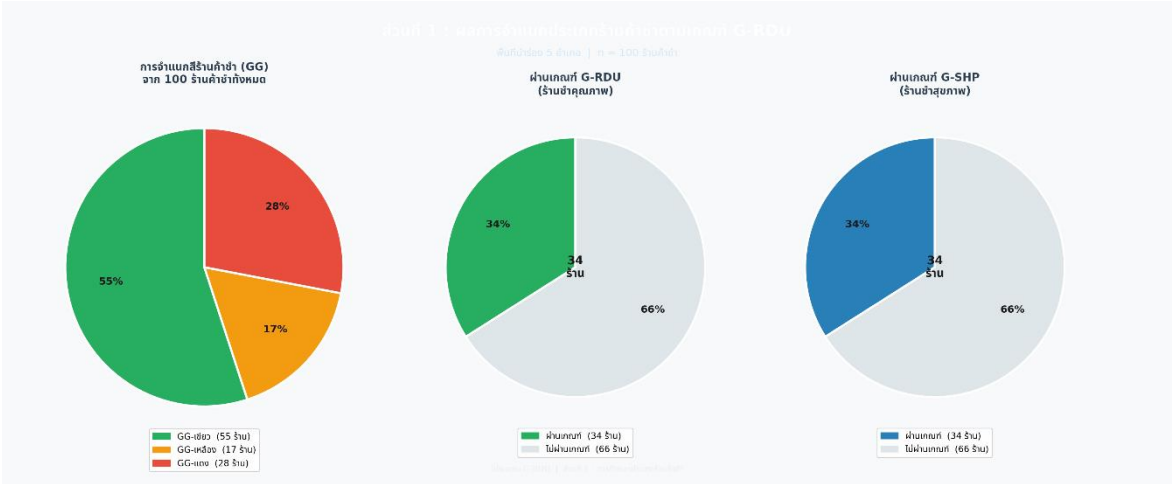
องค์กรของผู้บริโภค พร้อมระบบยืนยันตัวตนและการรักษาความลับของข้อมูลตามมาตรฐาน พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 2) ระบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของร้านชำ (ชื่อร้าน ที่อยู่ ชื่อ-สกุลเจ้าของร้าน เบอร์โทรศัพท์ พิกัดตำแหน่งที่ตั้งของร้านค้าชำ และภาพถ่ายร้านค้าชำ) ซึ่งระบบนี้เป็นขั้นตอนของการลงทะเบียนสถานประกอบการ เพื่อสร้างฐานข้อมูลพื้นฐานของร้านค้าชำในแต่ละพื้นที่ 3) ระบบบันทึกรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยที่พบในร้านค้าชำพร้อมแนบรูปภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย เป็นระบบที่ออกแบบมาจากการใช้เอกสารในการประเมินตรวจร้านค้าชำ ซึ่งครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การจำหน่ายยา การจำหน่ายอาหาร การจำหน่ายเครื่องสำอาง การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ และความรอบรู้ของผู้ประกอบการ 4) ระบบติดตามประวัติการตรวจร้านและแสดงสถานการณ์แบบ Real-time เป็นระบบประมวลผลอัตโนมัติเพื่อจัดผลการประเมินร้านค้าชำออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ร้านชำทั่วไป (General Grocery store: GG) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สีเขียว (ร้านที่จำหน่ายยาปลอดภัย จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านตามกฎหมายกำหนด และจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ อาหาร เครื่องสำอาง สมุนไพรถูกต้องตามกฎหมาย) สีเหลือง (ร้านที่จำหน่ายยาปลอดภัย จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน แต่ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด) และสีแดง (ร้านที่จำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย) และรายงานผลร้านชำคุณภาพ ที่ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) เป็นร้านชำคุณภาพที่ได้รับการตรวจประเมินสถานที่ จำหน่ายยาตามกฎหมาย มีการวัดความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านค้าชำ และร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (Grocery store-Safety Health Products: G-SHP) เป็นร้านชำคุณภาพที่ประเมินทุกด้านทั้งยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกับการประเมินความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านค้าชำ 5) ระบบรายงานสรุปข้อมูลระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เป็นระบบในการรายงานข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลการตรวจประเมินร้านค้าชำ เพื่อให้พื้นที่ในทุกระบบสามารถออกรายงานนำเสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไปในภาพรวม เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการดำเนินงานในพื้นที่ โดยจะแสดงผลบน Dashboard แสดงข้อมูลภาพรวมเชิงสถิติแบบ Real-time 6) ระบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ประกอบการ เป็นระบบที่ทำการประเมินความรอบรู้ของผู้ประกอบการที่ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ จำนวน 23 ข้อ มีคะแนนเต็ม 115 คะแนน และเป้าหมาย คือ ผ่านมากกว่า 90 คะแนน โดยสรุปภาพรวมของการออกแบบโปรแกรม G-RDU ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โปรแกรม G-RDU กับฟังก์ชันการทำงานหลัก 6 ด้าน

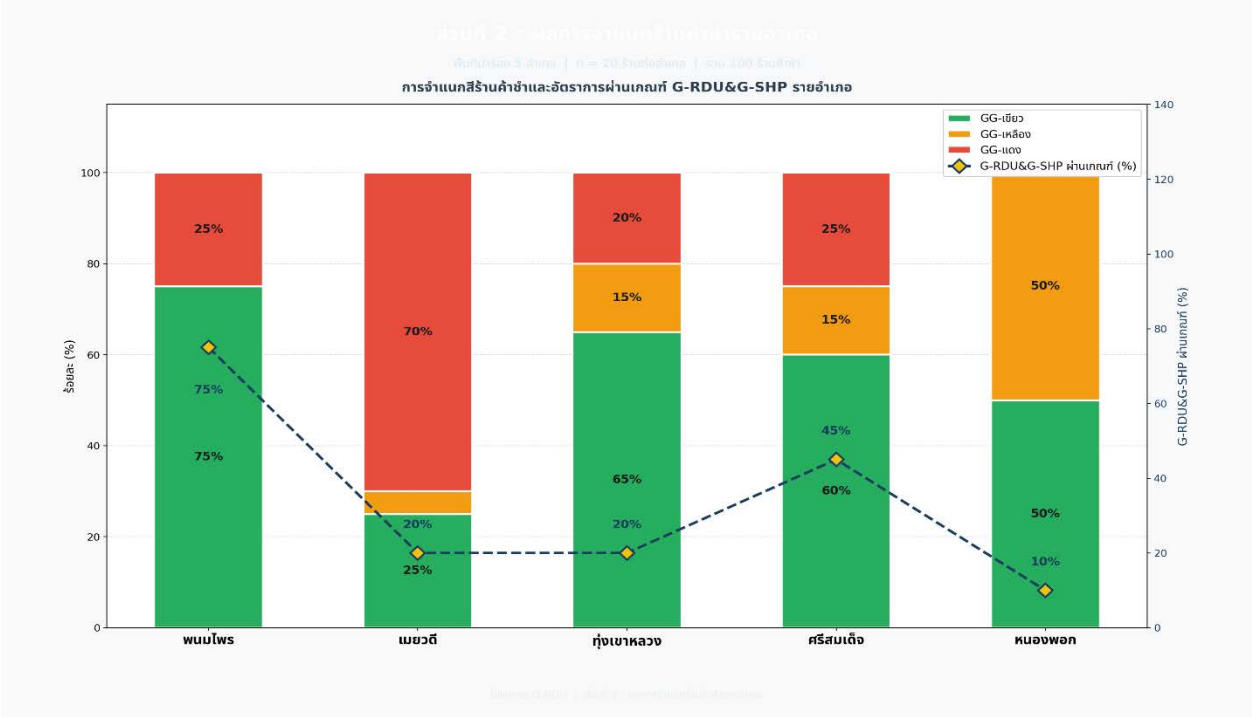
โดยสรุปผลการประเมินต้นแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ด้วยแบบประเมิน Nielsen's Heuristic Usability พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.32 ± 0.41 อยู่ในระดับมากที่สุด และในบุคลากร พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยรวม 3.92±0.95 อยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรได้ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุง 3 ด้าน ได้แก่ (1) เพิ่มความชัดเจนของปุ่มการทำงานและป้ายกำกับ (2) ปรับภาษาคำถามให้เข้าใจง่ายขึ้น และ (3) เพิ่มระบบแสดงรูปภาพผลิตภัณฑ์เพื่อช่วยในการระบุชนิดยา

3. ผลการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม G-RDU ที่พัฒนาขึ้นในการนำไปใช้ในพื้นที่นำร่อง 5 อำเภอ โดยพื้นที่สามารถลงทะเบียนและประเมินร้านค้าชำได้ครบทั้ง 100 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 100 ของเป้าหมาย โดยจำแนกร้านค้าชำ เป็นร้านชำทั่วไป สีเขียว (GG-เขียว) ที่มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 55 รองลงมา คือ ร้านชำทั่วไป สีแดง (GG-แดง) ร้อยละ 28 และร้านชำทั่วไป สีเหลือง (GG-เหลือง) ร้อยละ 17 ตามลำดับ โดยเมื่อประเมินร้านชำคุณภาพ พบว่า มีร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU จำนวนร้อยละ 34 และผ่านเกณฑ์ G-SHP ร้อยละ 34 ดังแสดงในรูปภาพที่ 2



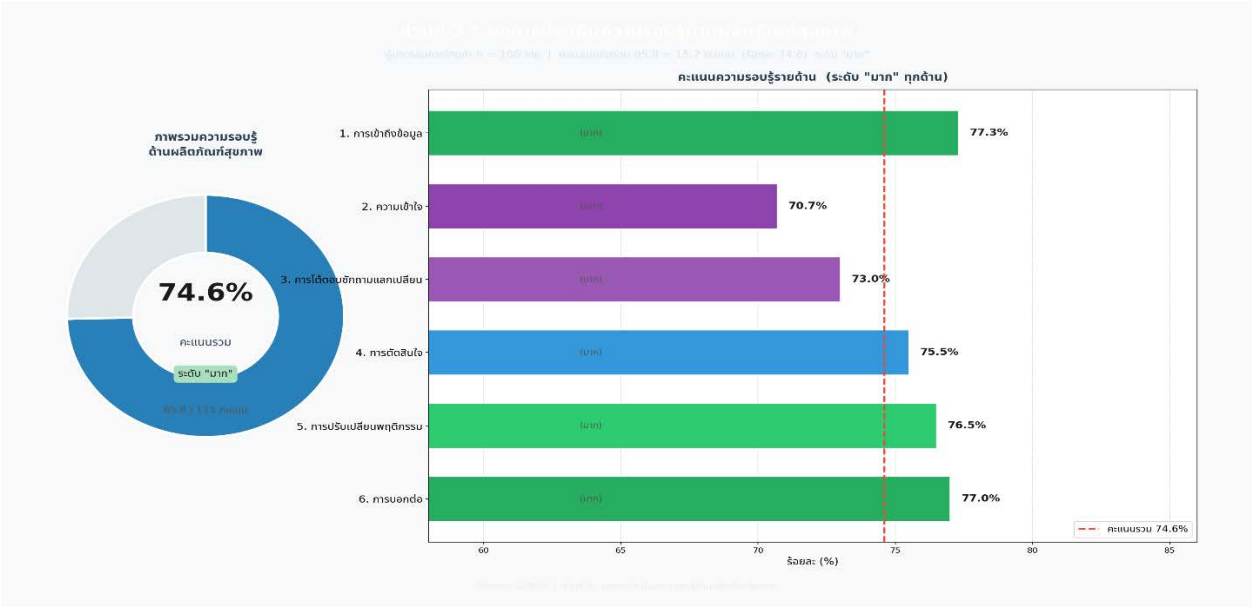
ภาพที่ 2 แสดงการประเมินร้านค้าชำ 100 ร้านในพื้นที่นำร่อง 5 อำเภอ

เมื่อจำแนกการประเมินร้านค้าชำในพื้นที่นำร่อง 5 อำเภอตามสีร้านชำและอัตราการผ่านเกณฑ์ G-RDU รายอำเภอ พบว่า อำเภอพนมไพร ผ่านเกณฑ์การประเมินร้านชำทั่วไป สีเขียว (GG-เขียว) มากที่สุด คือ ร้อยละ 75 รองลงมา คือ อำเภอทุ่งเขาหลวง ร้อยละ 65, อำเภอศรีสมเด็จ ร้อยละ 60, อำเภอหนองพอก ร้อยละ 50 และอำเภอเมยวดี ร้อยละ 20 ตามลำดับ โดยอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพ G-RDU และ G-SHP มากที่สุด ได้แก่ อำเภอพนมไพร ร้อยละ 75 รองลงมา คือ อำเภอศรีสมเด็จ ร้อยละ 45, อำเภอทุ่งเขาหลวงและอำเภอเมยวดี ร้อยละ 20 และอำเภอหนองพอก ร้อยละ 10 ตามลำดับ ดังแสดงในรูปภาพที่ 3



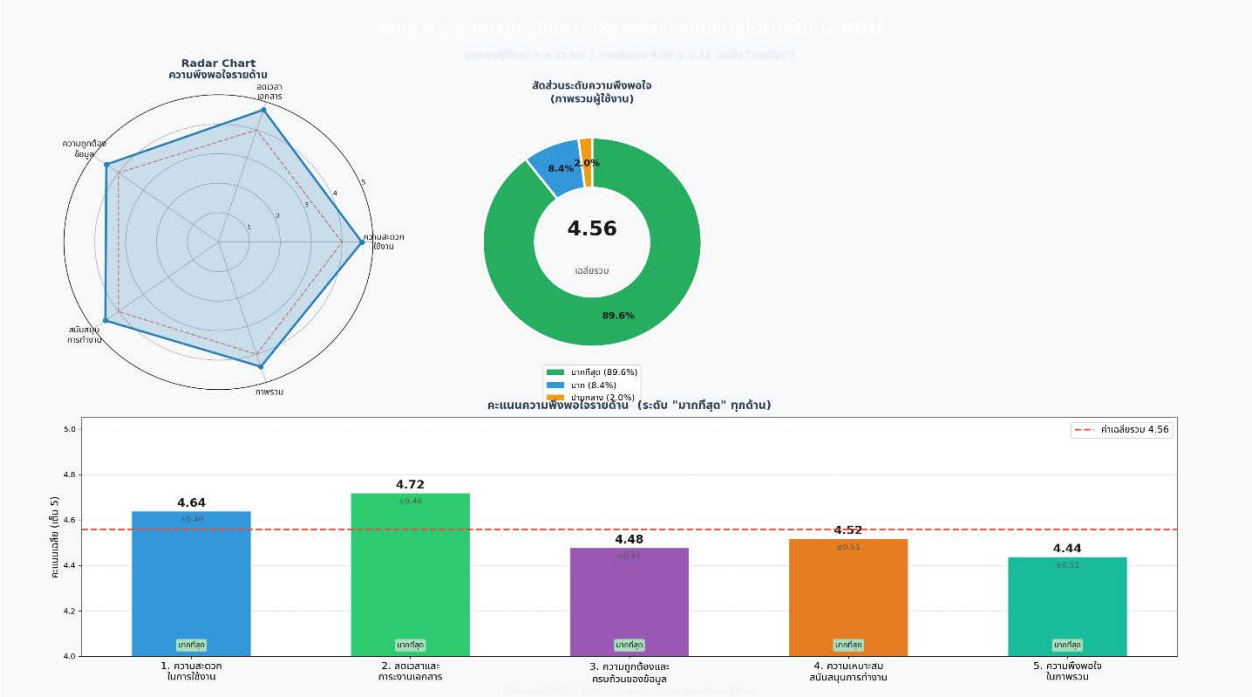
ภาพที่ 3 การประเมินร้านค้าชำจำแนกตามสีร้านค้าชำและอัตราการผ่านเกณฑ์ G-RDU รายอำเภอ

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ 100 ราย พบคะแนนความรอบรู้โดยรวม เท่ากับ ร้อยละ 74.6 (คะแนน 85.8 จาก 115 คะแนน) ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 773. รองลงมา คือ ด้านการบอกต่อ ร้อยละ 77, ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 76.5, ด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 75.5, ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ร้อยละ 73 และด้านความเข้าใจ ร้อยละ 70.7 ตามลำดับ ดังแสดงในรูปภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงผลการประเมินคะแนนความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านค้าชำ

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจ 5 ด้าน ของบุคลากรผู้ใช้งานโปรแกรม จำนวน 25 คน พบว่าผู้ใช้งานร้อยละ 89.60 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรวม 4.56±0.32 โดยด้านที่มีระดับความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ลดเวลาและภาระงานเอกสาร เท่ากับ 4.72±0.46 รองลงมา ได้แก่ ความสะดวกในการใช้งาน เท่ากับ 4.64±0.49, ความเหมาะสมในการสนับสนุนการทำงาน เท่ากับ 4.52± 0.51, ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล เทากับ 4.48 ± 0.51 และความพึงพอใจในภาพรวม เท่ากับ 4.44 ± 0.51 ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานโปรแกรม G-RDU

สรุปผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากความคิดเห็นของผู้ใช้งาน 25 คน ซึ่งสามารถสรุปประเด็นแนวทางที่ได้รับและแนวทางในการพัฒนาต่อไป ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 6

ประเด็นคำถาม	แนวทางที่ได้รับ
ข้อดีและประโยชน์	-โปรแกรม G-RDU ช่วยลดปัญหาข้อมูลสูญหาย ลดค่าใช้จ่ายด้านกระดาษ ลดภาระงานด้านเอกสาร กรอกข้อมูลครั้งเดียวสามารถดูสรุปผลได้ทันที และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ -สามารถทำงานได้สะดวกผ่านสมาร์ทโฟน/แท็ปแลต/คอมพิวเตอร์ได้อย่างง่ายในระหว่างการลงตรวจประเมินในพื้นที่ -สามารถเห็นภาพรวมของสถานการณ์ในพื้นที่และข้อมูลถูกเก็บและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถสืบค้นย้อนหลังได้
ปัญหาอุปสรรคในการใช้โปรแกรม	-ปัญหาด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ห่างไกล -ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ประกอบการร้านชำบางส่วนยังไม่คุ้นเคยกับการให้สัมภาษณ์ผ่านสมาร์ทโฟนและการอัปโหลดภาพถ่ายผลิตภัณฑ์บางครั้งทำได้ช้า -การลืมรหัสผ่าน จะต้องรอผู้ดูแลระบบแก้ไข และการตอบสนองของระบบล่าช้าในบางครั้ง
ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป	-พัฒนาเป็น Mobile Application แบบ Offline เพื่อให้ใช้งานในพื้นที่ไม่มีสัญญาณได้ และควรพัฒนาให้ อสม. เข้าถึงและใช้งานได้ - การเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลทะเบียนยาของ อย. ที่อัปเดตแบบ Real-time -การเพิ่มฟังก์ชันการอ่าน QR Code/Barcode ของผลิตภัณฑ์ -การเพิ่มระบบส่งออกรายงานในรูปแบบ PDF -เพิ่มโมดูลส่งเสริมความรู้ผู้ประกอบการ -ขยายการใช้งานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในระดับจังหวัด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรม G-RDU โดยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ระบบ ผลการศึกษาพบว่าระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านค้าชำที่ดำเนินงานอยู่เดิมมีปัญหาเชิงระบบ 4 ด้าน ได้แก่ การขาดฐานข้อมูลกลาง การใช้กระดาษที่มีค่าใช้จ่ายสูง การประมวลผลซ้ำซ้อน และการขาดการสื่อสารระหว่างระดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินดาพร อุปถัมภ์และคณะ[9] ในจังหวัดศรีสะเกษ และสุนิษา ถิ่นแก้ว และคณะ[3] ในจังหวัดพังงา ที่พบว่าการดำเนินงานเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำตามนโยบาย RDU Community ในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ยังคงใช้แบบบันทึกในรูปแบบกระดาษ มีการกระจัดกระจายของข้อมูล และขาดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด ทำให้การติดตามและการประเมินผลในระยะยาวเป็นไปได้ยาก ผลการศึกษานี้ยังสะท้อนภาพปัญหาในระดับชาติที่ปัทมาพร ปัทมาสราวุธและรุ่งทิวา หมื่นปา[10] ได้รายงานไว้ในการพัฒนาร้านชำต้นแบบในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งระบุว่าการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในร้านชำขาดการบูรณาการเชิงระบบ ทำให้ยากต่อการขยายผลและสร้างความยั่งยืน ในด้านความต้องการของบุคลากรที่สะท้อนผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเฉพาะความต้องการระบบฐานข้อมูลดิจิทัลกลางที่กรอกครั้งเดียวสามารถวิเคราะห์และเชื่อมโยงทุกระดับได้ การลดภาระงานเอกสาร และการแสดงผลเชิงภูมิศาสตร์ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่ระบุไว้ในแนวทางการดำเนินงาน RDU Community ของกระทรวงสาธารณสุข[2] และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษา
ของกฤษณะ สุกาวงค์ และคณะ[11] ที่พัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังโรค ZR506 Dashboard ในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งพบว่าผู้ใช้งานมีความต้องการระบบที่แสดงผลแบบ Real-time และสามารถสนับสนุนการตัดสินใจในระดับพื้นที่ ผลการศึกษาในระยะที่ 1 จึงยืนยันความสำคัญของกระบวนการศึกษาความต้องการของผู้ใช้ (User Requirement Analysis) ก่อนการออกแบบระบบ ซึ่ง

เป็นหลักการสำคัญของการวิจัยและพัฒนาตามกรอบของ Borg และ Gall[8]

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม G-RDU และการประเมินคุณภาพต้นแบบโปรแกรม G-RDU ที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบ Web Application แบบ Responsive Design ประกอบด้วยฟังก์ชันหลัก 6 ด้าน ที่ครอบคลุมกระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าชำอย่างเป็นระบบ การจำแนกร้านชำเป็น 3 ระดับสี (เขียว/เหลือง/แดง) และการรับรองร้านชำคุณภาพ G-RDU/G-SHP สอดคล้องกับแนวทางการตรวจประเมินร้านชำคุณภาพที่พัฒนาโดยคณะทำงานสาขาการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข[2] และเป็นการต่อยอดจากแนวคิดร้านชำต้นแบบที่ปัทมาพร ปัทมาสราวุธและรุ่งทิวา หมื่นปา[10] ได้พัฒนาขึ้นในรูปแบบไม่ใช้สารสนเทศ ผลการประเมินคุณภาพต้นแบบโปรแกรมตามแนวทาง Nielsen's Heuristic Usability[12]โดยผู้เชี่ยวชาญที่คะแนนเฉลี่ย 4.32 ± 0.41 (ระดับมากที่สุด) และบุคลากรที่คะแนนเฉลี่ย 3.92 ± 0.95 (ระดับมาก) อยู่ในช่วงคะแนนใกล้เคียงกับการศึกษาการพัฒนา Web Application ของเฉลิมเกียรติ ดีสม และคณะ[13] ที่ได้คะแนนคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 5.00) และความพึงพอใจของผู้ใช้งานในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.22-4.29) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Farzandipour M et al[14] ที่พบว่าการประเมิน Heuristic Usability โดยผู้เชี่ยวชาญสามารถระบุปัญหาด้านการใช้งานในระบบสารสนเทศสุขภาพได้อย่างละเอียดและเป็นระบบ ทั้งนี้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญที่สูงกว่าบุคลากรในการศึกษาครั้งนี้ อาจสะท้อนถึงมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างการประเมินเชิงเทคนิคและการประเมินจากประสบการณ์การใช้งานจริง โดยการประเมินจากผู้ใช้งานจริงสามารถระบุปัญหาเชิงปฏิบัติได้ละเอียดกว่าการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ข้อเสนอแนะปรับปรุง 3 ด้าน (ความชัดเจนของปุ่ม การปรับภาษาคำถาม และการแสดงรูปภาพผลิตภัณฑ์) ที่ได้จากการศึกษาจึงเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมต่อไป

ประเด็นที่ 3 ผลลัพธ์ของโปรแกรม G-RDU ในพื้นที่นำร่อง ผลการประเมินร้านค้าชำ 100 ร้าน พบว่ามีร้านชำที่จำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย (สีแดง) สูงถึงร้อยละ 28 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของอัปสร บุญยัง และรุ่งทิวา หมื่นปา[4] ที่ได้รายงานข้อมูลการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดพิษณุโลกไม่เป็นไปตามกฎหมาย ร้อยละ 74.1-82.4 เมื่อทำการเปรียบเทียบกับการศึกษาของจินดาพร อุปถัมภ์และคณะ[9] จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า สัดส่วนร้านชำที่จำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายลดลงจากร้อยละ 13.3 เหลือร้อยละ 0 หลังการดำเนินงานเฝ้าระวังเชิงรุกผ่านเครือข่ายชุมชน ซึ่งบ่งชี้ว่าการมีระบบเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรมและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดสัดส่วนการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นโปรแกรม G-RDU จึงมีศักยภาพในการเป็นเครื่องมือสนับสนุนการลดการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำได้หากมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการผ่านเกณฑ์ระหว่างอำเภอ โดยอำเภอพนมไพรผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพถึงร้อยละ 75 ขณะที่อำเภอหนองพอกผ่านเพียงร้อยละ 10 สะท้อนความแตกต่างของบริบทพื้นที่และความเข้มแข็งของเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของ เบญจมาศ บุดดาวงศ์และคณะ[6] ที่ระบุว่าการกระจายยาไม่เหมาะสมในร้านชำมีความแตกต่างตามบริบทพื้นที่และระบบการกำกับดูแลในแต่ละอำเภอ ข้อมูลนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภออย่างเฉพาะเจาะจง ในด้านการวัดระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการ พบว่า ผลการประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ 100 ราย เท่ากับร้อยละ 74.6 (85.8 จาก 115 คะแนน) อยู่ในระดับมาก โดยใช้แบบประเมิน 6 ด้าน 23 ข้อ ซึ่งพัฒนาโดยนพมาศ จันละออและคณะ[15] เป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ (Health Products Literacy in Grocery Owners: HPLGO) ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ลำปาง และอุดรธานี ที่พบว่าจุดตัด

คะแนนมากกว่า 90 คะแนน มีค่าความจำเพาะสูงในการทำนายร้านชำที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบคะแนนความรอบรู้เฉลี่ย 85.8 คะแนน ใกล้เคียงกับจุดตัดดังกล่าว ซึ่งสะท้อนว่าผู้ประกอบการในพื้นที่นำร่องของจังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนเสริมความรอบรู้อย่างเฉพาะเจาะจง เมื่อวิเคราะห์รายด้านของระดับความรอบรู้ พบว่า ด้านความเข้าใจมีคะแนนต่ำสุด (ร้อยละ 70.7) ขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 77.3) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ[5] ที่ระบุว่าประชาชนในชนบทส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านยาผ่านสื่อโฆษณาและคำบอกเล่าได้ง่าย แต่อาจขาดความเข้าใจในเนื้อหาเชิงลึก ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจซื้อยาตามคำโฆษณาของผู้ขายโดยขาดการพิจารณาเชิงวิเคราะห์ ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนความจำเป็นของการพัฒนาโมดูลส่งเสริมความรู้แก่ผู้ประกอบการในโปรแกรม G-RDU ในระยะต่อไป ในด้านการวัดผลระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานและการใช้ประโยชน์ในเชิงระบบ พบว่า ระดับความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้งานที่เฉลี่ย 4.56 ± 0.32 โดยร้อยละ 89.60 อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการลดเวลาและภาระงานเอกสาร (4.72 ± 0.46) มีระดับสูงกว่าการศึกษาของเฉลิมเกียรติ ดีสม และคณะ[13] ที่ได้คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้งาน 4.22-4.29 และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณะ สุกาวงค์ และคณะ[11] ที่พบว่าการพัฒนาโปรแกรม Dashboard สามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้งานและลดระยะเวลาในการจัดการข้อมูลได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหายังยืนยันถึงประโยชน์เชิงระบบ ทั้งการลดข้อมูลสูญหาย ลดค่าใช้จ่ายด้านกระดาษ การประหยัดเวลา และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระดับ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่ระบุไว้ในระยะที่ 1 ได้อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามข้อจำกัดที่พบ ได้แก่ ปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ห่างไกล ความไม่คุ้นเคยของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ประกอบการ และการตอบสนองของระบบที่ล่าช้าในบางครั้ง สะท้อนข้อจำกัดของระบบ Web Application ในบริบทพื้นที่ชนบท ซึ่งเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Farzandipour M et al[14] ที่ระบุว่าหลักการ "ความช่วยเหลือและเอกสารประกอบ" และ "ความสอดคล้องกับความเป็นจริง" มักเป็นจุดที่พบปัญหาการใช้งานในระบบสารสนเทศสุขภาพมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาในระยะต่อไปในรูปแบบ Mobile Application แบบ Offline การเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลทะเบียนยาของ อย. และการเพิ่มฟังก์ชันการอ่าน QR Code/Barcode จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว และเป็นการต่อยอดเพื่อขยายผลในระดับประเทศตามแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการขยายผลการใช้โปรแกรม G-RDU ไปยังทุกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด และประเมินผลลัพธ์ระยะยาวในการลดการกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

2. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรม G-RDU ให้รองรับการเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติ

3. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการใช้โปรแกรม G-RDU ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาโปรแกรม G-RDU จำนวน 100,000 บาท ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่นำร่องทั้ง 5 อำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง โรงพยาบาลศรีสมเด็จ โรงพยาบาลพนมไพร โรงพยาบาลเมยวดี และโรงพยาบาลหนองพอก และขอขอบคุณผู้ประกอบการร้านค้าชำทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์.(2563). ทันสถานการณ์. ยาวิพากษ์ 2563:11(45):13-15.
2. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์และคณะ.(2563). แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use Community, RDU Community). Vol. 2. 2563, กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.
3. สุนิษา ถิ่นแก้ว, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์ และชิดชนก เรือนก้อน.(2566). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลเหล จังหวัดพังงา. วารสารเภสัชกรรมไทย 2566:15(2):316-30.
4. อัปสร บุญยัง และรุ่งทิวา หมื่นปา.(2562). ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562:11(1):105-18.
5. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง, วิชิต เปานิล.(2550). ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550. 248 หน้า.
6. เบญจมาศ บุดดาวงศ์, นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, ขนิษฐา วัลลีพงษ์, ลัทธิพร บุญมานัส, อรวรรณ กาศสมบูรณ์ และจันทร์จรีย์ ดอกบัวและคณะ.(2559). แหล่งต้นทางและเส้นทางการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชนจาก 8 จังหวัดสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมเชิงระบบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2559:11(ฉบับพิเศษ):260-68.
7. Wibulpholprasert S.(2007). Thailand health profile 2005-2007. Bangkok: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health; 2007.
8. Borg WR, Gall MD.(1989). Educational research: an introduction. 5th ed. New York: Longman; 1989.
9. จินดาพร อุปถัมภ์, สิรีธร เดชาศิลปะชัยกุล และพัทยา โพธิวัฒน์.(2567). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลส้มป่อย อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2567;4(2):102-20.
10. ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ, รุ่งทิวา หมื่นปา.(2563). การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563;12(3):601-11.
11. กฤษณะ สุกาวงค์, ระพีพร กรมธรรมา, ณัฐพันธ์ สิงหาพรหม และจารุวรรณ สารพล.(2566). การพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังโรค ZR506 Dashboard รู้ทันป้องกันได้ เขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. 2566;1(3):1-19.
12. Nielsen J.(1994). Enhancing the explanatory power of usability heuristics. In: Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '94); 1994 Apr 24-28; Boston, MA. New York: ACM; 1994. p. 152-8.
13. เฉลิมเกียรติ ดีสม, วีระพันธ์ พานิชย์ และศรัณย์ ภิบาลชนม์.(2568). การพัฒนา WEB APPLICATION เพื่อการบริการและการเรียนรู้สำหรับหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2568;36(2):127-42.
14. Farzandipour M, Nabovati E, Sadeqi Jabali M.(2022). Comparison of usability evaluation methods for a health information system: heuristic evaluation versus cognitive walkthrough method. BMC Med Inform Decis Mak. 2022 Jun 18;22(1):157. doi: 10.1186/s12911-022-01905-7. PMID: 35717183; PMCID: PMC9206256.
15. นพมาศ จันทร์ละออ, วรรณา ศรีวิริยานุภาพ, รุ่งทิวา หมื่นปา, พงศกร จีนกล่ำ, อาทิตย์ จิรพงศธรกุล, ชวภณ วารีบุญมาและคณะ.(2567). การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2567;17(3):626-40.

การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด
Development of Consumer Protection and Health Product Warning Center in Roi-Et Province

(Received: June 29,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

มานิตย์ ทวีหันต์[1] พัฐเดช มกรารัตต์[2] พิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์[3]
Manit Thaweehun*, Phatdetch Makrarat[2], Pittayaporn Zimmermann[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน 2) พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน และ 3) ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการตามวงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart 3 ระยะ ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2566 ถึง 25 ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 20 คน และเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยฯ ระดับชุมชน 30 แห่ง สมาชิก 550 คน ใน 5 อำเภอ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกการประชุม แบบสำรวจร้านค้าชำ แบบสำรวจการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือน แบบประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ แบบทดสอบความรู้ และแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/ข้อร้องเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test และ McNemar's test) และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพัฒนาประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างความเข้มแข็งของสมาชิก 2) การตรวจสอบและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน 3) การจัดการปัญหาผ่านเครื่องมือดิจิทัล 4) การเผยแพร่องค์ความรู้ และ 5) การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และข้อร้องเรียน หลังพัฒนา สมาชิกที่ผ่านการอบรมเพิ่มจาก 189 เป็น 550 คน ($p<0.001$) คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มจาก 18.51 เป็น 24.72 คะแนน ($p<0.001$) ครัวเรือนที่ได้รับการสำรวจเพิ่มจาก 432 เป็น 5,464 ครัวเรือน เกิดระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/ข้อร้องเรียน 82 เรื่อง จัดการปัญหาในชุมชนได้ 43 เรื่อง และคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุอยู่ในระดับเพียงพอ (73.75 คะแนนเต็ม 100)

คำสำคัญ: ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภค, การแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, จังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

This action research aimed to: 1) study the situation of operations, 2) develop operational guidelines, and 3) evaluate the outcomes of developing community-level Consumer Protection and Health Product Warning Centers in Roi-Et Province. A three-phase action research following Kemmis and McTaggart's PAOR cycle was conducted between 26 December 2023 and 25 December 2024. Participants comprised 20 health personnel responsible for consumer protection work and 550 members of 30 community-level Centers in five districts (Thung Khao Luang, Sri Somdet, Moei Wadi, Phanom Phrai, and Nong Phok). Instruments included meeting records, grocery store survey forms, household health product surveys, a health literacy assessment for older adults, knowledge tests, and adverse event/complaint report forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and McNemar's test; qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
[2] เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
[3] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

Results: The developed model comprised five components: 1) strengthening members; 2) monitoring and surveillance of health products in the community; 3) problem management via digital tools; 4) knowledge dissemination; and 5) reporting of adverse events and complaints. After development, the proportion of members completing training increased from 189 to 550 ($p<0.001$); the mean knowledge score rose from 18.51 to 24.72 out of 30 ($p<0.001$); the number of households surveyed increased from 432 to 5,464; 82 adverse events/complaints were reported and 43 community-level problems were managed. Health literacy on health products among older adults was at a sufficient level (mean 73.75/100).

Keywords: Consumer Protection Center, Health Product Warning, Action Research, Health Literacy, Roi-Et Province

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยตั้งแต่ฉบับปี พ.ศ. 2540, พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2560 ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน มีการมุ่งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยคำนึงถึงสิทธิพื้นฐานของตนเอง การเคารพ ปกป้องสิทธิของผู้บริโภคเพื่อความเป็นธรรมที่ผู้บริโภคควรจะได้รับ ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขเยียวยาความเสียหาย และมีสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค และรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ.2560 มาตรา 46 ได้กำหนดให้ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะรวมตัวกันเป็นองค์กรของผู้บริโภคตามประเภท ลักษณะ และชนิดของการบริโภค เมื่อมีการจัดตั้งองค์กรผู้บริโภคแล้ว สามารถที่จะรวมตัวกันก่อตั้งเป็นสภาองค์กรของผู้บริโภคที่มีความอิสระ เพื่อให้เกิดพลังในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค[1] ดังนั้น จึงเกิดการเกิดการเปลี่ยนแปลงของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพขึ้น โดยในระดับกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียนของประชาชน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรร.) สำนักงานสาธารณสุขทุกจัดจังหวัดมีการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขึ้น เพื่อทำการจัดการข้อร้องเรียนในระดับพื้นที่ สำหรับในจังหวัดร้อยเอ็ดได้ทำการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนในพื้นที่ โดยมีชื่อว่าศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยการใช้กลไกการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด สู่ระดับอำเภอและระดับชุมชน เพื่อเป็นการหนุนเสริมการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เข้มแข็ง[2] ร่วมกับสภาองค์กรของผู้บริโภคจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 12[3] เพื่อเป้าหมายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกันในด้านการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการบริโภค การสร้างเสริมศักยภาพแก่องค์กรของผู้บริโภคและผู้บริโภค การพัฒนาฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัยสำหรับหน่วยงานรัฐ องค์กรผู้บริโภค และผู้บริโภค[4]

ปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและเป็นอันตราย ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของระบบสุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ง่าย ๆ ผ่านการกระจายสินค้าในร้านค้าในชุมชน ร้านค้าออนไลน์ การขายตรงไปถึงครัวเรือน โดยจากการศึกษาปัญหาของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แพร่กระจายของผลิตภัณฑ์สุขภาพในปี 2564 ของ 3 ภูมิภาค พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบปัญหาการที่สถานพยาบาล มีข้อมูลบนซองยาให้ผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 81.7 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุในการทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย เช่น อาจเกิดการแพ้ยาซ้ำได้ อาจเกิดการได้รับยาที่เกินขนาดซ้ำกับที่มีได้ ซึ่งถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิผู้บริโภคและสิทธิผู้ป่วย การศึกษาในภาคกลาง พบว่า ปัญหาการสั่งซื้อยาผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งเป็นช่องทาง

ที่ไม่ถูกกฎหมายา ในภาคเหนือ พบปัญหาการจำหน่ายยาชุด ยาอันตาย ยาปฏิชีวนะ ยาไม่มีทะเบียน เครื่องสำอางไม่มีฉลาก การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หมดอายุและเสื่อมสภาพในร้านค้าชำ การพบปัญหาผลิตภัณฑ์อาหารยาแผนโบราญมีการปลอมปนเตียรอยด์ด้วยการขายตรงถึงบ้าน การจำหน่ายเครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยในตลาดนัด การโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณเกินจริงของอาหารเสริมและสมุนไพร[4] โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การโฆษณาชวนเชื่อเกินจริง การขาดการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่มีประสิทธิภาพ กฎหมายบังคับใช้ไม่ทันกับเทคโนโลยีด้านการขายทางออนไลน์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้บริโภคขาดความตระหนักรู้ในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ มาตรการส่งเสริมการขายที่จูงใจ เพศโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักจะแสวงหาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพต่าง ๆ สำหรับตนเอง ซึ่งแม้ว่ากิจกรรมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ผ่านมา จะเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านการรู้เท่าทันกับการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับเครือข่าย และแกนนำกลุ่มวัยต่าง ๆ มีการจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยขึ้นในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น ซึ่งยังขาดการดำเนินการในระดับชุมชน ซึ่งทำให้ขาดการหนุนเสริมที่ดีต่อการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพและมีความครอบคลุม

จากปัญหาข้างต้น กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบล จึงได้ทำจัดประชุม ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยขึ้นเป็นจำนวน 30 แห่ง ใน 5 อำเภอ เพื่อนำร่องในการดำเนินงาน จึงได้เกิดการศึกษาในครั้งนี้ขึ้น เพื่อเป็นการการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมหนุนให้ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับชุมชนให้มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ เพื่อให้ชุมชนสามารถตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นอันตราย จัดการปัญหาเบื้องต้นได้ สื่อสารเตือนภัยในพื้นที่ และประสานเชื่อมต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับที่จัดการเองไม่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ตามแนวคิดของวงจร PAOR ของ Kemmis and MC Taggart[5] ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ การวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Act) การสังเกต (Observe) การสะท้อนผล (Reflection) โดยแบ่งการดำเนินการศึกษาวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด และระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์

สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2566 ถึง 25 ธันวาคม 2567 ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ บุคลากรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 20 คน จาก 10 ตำบล ประกอบด้วยเภสัชกร ตำบลละ 1 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคตำบลละ 1 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) รับผิดชอบในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคมากกว่า 2 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและ รพ.สต. 3) เข้าใจและทราบรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ลาศึกษาต่อ 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานระหว่างดำเนินงานวิจัย และกลุ่มที่ 2 คือ เครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นสมาชิกศูนย์คุ้มครองผู้บริโภค 2) รับผิดชอบงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชน 3) สื่อสารได้อย่างเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่มีผลงานการดำเนินงานตามที่มอบหมายการรายงานบุคคล 2) ไม่เข้าร่วมในการพัฒนาศักยภาพตามรอบที่จัด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 1 คือ การระดมความคิดเห็นจากการจัดประชุมในด้านผลดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกรายงานประชุม และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาออกแบบบวนการในการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 คือ 1) แบบฟอร์มสำรวจร้านค้าชำ 2) แบบประเมินความรอบรู้ในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ 3) แบบสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับครัวเรือน 4) แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/ข้อร้องเรียนด้านยาผลิตภัณฑ์สุขภาพ 5) แบบสรุปผลการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยรวบรวมจากเอกสารที่เครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยได้ส่งรายงานเข้ามาตามรอบรายงานที่กำหนดไว้ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปแนวทางในการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 3 ได้แก่ แบบสรุปผลการดำเนินงานของเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยตามรอบระยะเวลาที่กำหนด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประเมินและสรุปผลและนำเสนอต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสรุปผลงานร่วมกันในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยผลสำเร็จที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไปในอนาคต

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1932566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษาออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นการระดมสมองจากการประชุมในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ในแต่ละพื้นที่มีการรวมกลุ่มสมาชิกศูนย์เพื่อดำเนินงานในพื้นที่ 5 อำเภอ (ทุ่งเขาหลวง ศรีสมเด็จ เมยวดี พนมไพร หนองพอก) จำนวนทั้งหมด 30 แห่ง แห่งละ 5 ศูนย์ในพื้นที่ 5 อำเภอ มีจำนวนสมาชิกที่มีทั้งหมดในศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ เท่ากับ 550 คน โดยพบปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ด้านการดำเนินการของสมาชิก บทบาทหน้าที่และโครงสร้างสถานที่ คือ บางแห่งยังขาดพื้นที่ในการจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่ชัดเจน ไม่มีการติดป้ายแสดงว่าเป็นพื้นที่ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ขาดความเข้าใจในด้านบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ 2) ด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าชำและครัวเรือน ยังขาดการรายงานผลเข้ามายังศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ หรือการรายงานส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอและระดับจังหวัด เนื่องจากการเกรงกลัวและกังวลจะเกิดผลกระทบที่ไม่ดี หากมีการรายงานเข้าไป 3) ด้านความรู้ของผู้ดำเนินงานในศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ระดับตำบล พบว่า การได้รับการพัฒนาความรู้ต่อเนื่อง ลืมเนื้อหาในการเรียนรู้ และเนื้อหาที่เรียนรู้ที่ผ่านมาค่อนข้างยาก และมีองค์ความรู้ที่เยอะ ซึ่งความต้องการในการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ได้แก่ 1) กำหนดสถานที่ในการตั้งศูนย์ที่ชัดเจนให้เป็นพื้นที่ของประธานศูนย์เป็นหลัก เพื่อทำหน้าที่ในการประสานข้อมูลกับเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ในระดับอำเภอและระดับจังหวัด 2) มีระบบการติดตามการเฝ้าระวังสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยระดับรายเดือนและรายไตรมาส และมีผู้รับผิดชอบในการส่งรายงานที่ชัดเจน 3) มีการพัฒนาศักยภาพ อบรมให้ความรู้พัฒนาระดับความรอบรู้ให้ต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เพื่อให้เกิดการปรับปรุงความรู้ที่ทันสมัย ทันเหตุการณ์ และทำการขยายผลการอบรมไปยังอสม.ในแต่ละพื้นที่เพื่อช่วยในการดำเนินงานเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยในด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4) มีการติดตามและสรุปผลการดำเนินงานปีละ 1 ครั้งร่วมกันในระดับอำเภอและระดับจังหวัด

2. ผลการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการนำเข้าสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองฯ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างความเข้มแข็งของสมาชิกศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชน โดยการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพและพัฒนาความรอบรู้ให้กับสมาชิกในองค์กรทั้ง 30 แห่งในแต่ละพื้นที่ จำนวน 550 คน และการฝึกปฏิบัติในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในร้านค้าชำและในระดับครัวเรือน รถเร่ โดยจะมีการจัดทำกิจกรรมนี้ทุกปี 2) การตรวจสอบและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยแบ่งเป็นการตรวจสอบและเฝ้าระวังเชิงรับ (การรับข้อร้องเรียนปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน, การจัดการปัญหาเบื้องต้น) และเชิงรุก (การตรวจสอบ เฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง สมุนไพร ในตลาดนัด ร้านค้าชำ รถเร่ โรงเรียน, การเฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วย, การเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ) 3) การจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยผ่านเครื่องมือดิจิทัล เป็นการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้นที่เจอในชุมชน โดยใช้

เครื่องมือดิจิทัล ได้แก่ Oryor Smart Application โดยการใช้วิธีการสแกนหรือพิมพ์เลขจดแจ้ง/เลขทะเบียนตำรับยา เพื่อตรวจสอบว่าผลิตภัณฑ์นั้นได้รับอนุญาตจาก อย. จริงหรือไม่ และสถานะปัจจุบันยังคงอยู่หรือถูกยกเลิกแล้ว การใช้ LINE @FDATHAI ในการส่งข้อความหรือรูปภาพเพื่อเช็กเลขผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบตอบรับอัตโนมัติ ระบบแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Window on Medicines/ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ) เพื่อติดตามข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่พบการปนเปื้อนสารอันตรายหรือถูกเรียกคืนจากตลาด เพื่อให้อาสาสมัครนำข้อมูลไปแจ้งเตือนร้านค้าชำในชุมชน และการใช้แอปพลิเคชัน line สำหรับเครือข่ายคุมครองผู้บริโภคฯ ในพื้นที่เฉพาะ เพื่อให้สมาชิกศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคถ่ายรูปผลิตภัณฑ์ที่สงสัยในร้านค้าชำและระบุพิกัดร้านค้าเพื่อส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบต่อได้ทันที 4) การเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยกระบวนสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไปยังกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวนทั้งหมด 5,239 คน รวมถึงการส่งต่อความรู้ไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง 5) การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และรายงานข้อร้องเรียนที่เกิดจากการกระจายและการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือข้อร้องเรียนจากคนในชุมชน ทำให้ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และส่งต่อข้อมูล เพื่อการจัดการปัญหาได้รวดเร็ว โดยองค์ประกอบของศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ดังแสดงข้อมูลในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดง 5 องค์ประกอบในการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคระดับชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชน พบว่า

ผลการสำรวจและเฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือน จำนวน 5,464 ครัวเรือน ดังตารางที่ 1 พบประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ การซื้อหรือหายาปฏิชีวนะมากินเอง ร้อยละ 8.89 รองลงมาเป็นการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาใช้เอง ร้อยละ 6.50 การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมรักษาโรค ร้อยละ 5.31 การใช้ยาเอ็นเสด (NSAIDs) อย่างต่อเนื่อง

ร้อยละ 3.81 การใช้น้ำมันทอดซ้ำที่มีลักษณะดำและเหม็นหืน ร้อยละ 3.50 การใช้ผลิตภัณฑ์อาหาร/ยา/สมุนไพรไม่มีฉลากภาษาไทย ร้อยละ 3.29 และพบยาหมดอายุหรือยาที่เสื่อมสภาพ ร้อยละ 0.40 ในด้านพฤติกรรมเชิงบวก พบว่าครัวเรือนส่วนใหญ่ใช้เครื่องปรุงรสที่มีฉลากโภชนาการทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice) คิดเป็นร้อยละ 52.71 ทั้งนี้ การดำเนินการต่อปัญหาที่พบประกอบด้วย การเฝ้าระวังต่อเนื่อง การแจ้งเจ้าหน้าที่ในกรณีที่พบความเสี่ยงสูง การทำลายทิ้งในกรณียาหมดอายุ และการส่งเสริมความรู้แก่ประชาชน

ตารางที่ 1 ผลการสำรวจ เฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือนและการจัดการปัญหาปัญหา (n=5,464)

ข้อ	ประเด็นการสำรวจ	พบ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่พบ จำนวน (ร้อยละ)	การดำเนินการ
1.	ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาใช้เอง	355 (6.50)	5,109 (93.50)	เฝ้าระวัง
2.	ซื้อหรือหายาปฏิชีวนะมากินเอง	486 (8.89)	4,978 (91.11)	แจ้งเจ้าหน้าที่
3.	ใช้ยาเอ็นเสดอย่างต่อเนื่อง	208 (3.81)	5,256 (96.19)	เฝ้าระวัง
4.	พบยาหมดอายุหรือยาที่เสื่อมสภาพ	22 (0.40)	5,442 (99.60)	ทำลายทิ้ง
5.	ใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมรักษาโรค	290 (5.31)	5,174 (94.69)	แจ้งเจ้าหน้าที่
6.	ใช้ผลิตภัณฑ์อาหาร/ยา/สมุนไพรไม่มีฉลากภาษาไทย	180 (3.29)	5,284 (96.71)	เฝ้าระวัง
7.	ใช้น้ำมันทอดซ้ำที่มีลักษณะดำ เหม็นหืน	191 (3.50)	5,273 (96.50)	แจ้งเจ้าหน้าที่
8.	ใช้เครื่องปรุงรสที่มีฉลากโภชนาการทางเลือกสุขภาพ	2,880 (52.71)	2,584 (47.29)	ส่งเสริมความรู้

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 5,239 คน ดังตารางที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับเพียงพอ มีคะแนนเฉลี่ย 73.75 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (74.89 คะแนน) รองลงมาเป็นด้านการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูล (73.88 คะแนน) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (73.69 คะแนน) ด้านการบอกต่อข้อมูล (73.16 คะแนน) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการซักถาม/โต้ตอบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (73.15 คะแนน) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดมีความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ในระดับที่เพียงพอ แต่ยังต้องพัฒนาทักษะการซักถามและการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้สามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (n=5,239)

ด้านที่	**ด้านความรอบรู้**	**คแนนเฉลี่ย (เต็ม 100 คะแนน)**	**ระดับความรอบรู้**
1.	การเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	74.89	เพียงพอ
2.	การอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	73.88	เพียงพอ
3.	การซักถาม/โต้ตอบด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	73.15	เพียงพอ
4.	การตัดสินใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	73.69	เพียงพอ
5.	การบอกต่อข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	73.16	เพียงพอ
รวม	**73.75 คะแนน**		**เพียงพอ**

ผลการรับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 82 เรื่อง ดังตารางที่ 3 พบว่า ประเภทการร้องเรียนที่พบมากที่สุดคือ การโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ทั้งการอวดอ้างสรรพคุณรักษาโรค การเสริมสมรรถนะ และการลดน้ำหนัก จำนวน 63 เรื่อง (ร้อยละ 76.83) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ ได้แก่ Facebook และ LINE รองลงมาเป็นสถานที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ 12.20) ส่วนใหญ่พบในร้านชำที่จำหน่ายยาชุดและร้านค้าออนไลน์ที่ไม่มีใบอนุญาต และการพบผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยหรือปลอมแปลง จำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ 10.98) ได้แก่ ผลิตภัณฑ์หมดอายุ การสวมเลขทะเบียน อย. และผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีฉลากภาษาไทย ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า เครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชนสามารถทำหน้าที่เป็นกลไกในการเฝ้าระวังและรายงานปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 3 สรุปผลการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยเครือข่ายผู้บริโภคฯ ระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด (n=82)

ลำดับ	ประเภทการร้องเรียน	จำนวน (ร้อยละ)	ประเด็นที่พบ
1.	การโฆษณาที่ผิดกฎหมาย (อวดอ้างสรรพคุณ เสริมสมรรถนะ ลดน้ำหนัก)	63 (76.83)	โฆษณาผ่านสื่อออนไลน์/ Facebook/LINE อวดอ้างรักษาโรค เสริมสมรรถนะเพศชาย
2.	สถานที่ผลิต/จำหน่ายผลิตภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐาน	10 (12.20)	ร้านชำจำหน่ายยาชุด ร้านค้าออนไลน์ไม่มีใบอนุญาต
3.	ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย/ปลอมแปลง	9 (10.98)	ผลิตภัณฑ์หมดอายุ สวมเลข อย. ไม่มีฉลากภาษาไทย

ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังพัฒนา ดังตารางที่ 4 พบว่า หลังการพัฒนา จำนวนเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่ผ่านการอบรมเพิ่มขึ้นจาก 189 คน (ร้อยละ 34.36) เป็น 550 คน (ร้อยละ 100.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) คะแนนความรู้เฉลี่ยของเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 18.51 คะแนน เป็น 24.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จำนวนครัวเรือนที่ได้รับการสำรวจและเฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มจาก 432 ครัวเรือนเป็น 5,464 ครัวเรือน เกิดระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และข้อร้องเรียน 82 เรื่อง และมีการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน 43 เรื่อง ในขณะที่ก่อนการพัฒนาไม่มีระบบรายงานในระดับชุมชน นอกจากนี้คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ (n= 5,239) มีค่าเฉลี่ย 73.75 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน อยู่ในระดับเพียงพอ ซึ่งก่อนการพัฒนาไม่มีการประเมินในด้านนี้

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังพัฒนา

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภค	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	p-value
จำนวนเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่ผ่านการอบรมในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	189 คน	550 คน	<0.001*
คะแนนความรู้เฉลี่ยของเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ (n=550, คะแนนเต็ม 30 คะแนน)	18.51 คะแนน	24.72 คะแนน	<0.001**
จำนวนครัวเรือนที่ได้รับการสำรวจและเฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	432 แห่ง	5,464 แห่ง	ตัวชี้วัดผลผลิต ไม่คำนวณค่า p
จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และข้อร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ไม่มีการรายงานก่อนพัฒนา	82 เรื่อง	ตัวชี้วัดเชิงระบบ ไม่คำนวณค่า p
จำนวนของการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนผ่านระบบดิจิทัล	ไม่มีการรายงานก่อนพัฒนา	43 เรื่อง	ตัวชี้วัดเชิงระบบ ไม่คำนวณค่า p
คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ (n=5,239 คน)	ไม่มีการประเมินก่อนพัฒนา	73.75 คะแนน	ไม่มีการประเมิน ไม่มีค่า baseline จริง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ที่ประกอบด้วยวงจร PAOR (การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผล) สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดรูปแบบที่ตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัช ไล้ทอง และรัญชน์รวี ส่งศิริ[6] ที่พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท พบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับพื้นที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ สัตย์มิตรและคณะ[7] ที่ศึกษากลไกการดำเนินงานของเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดพะเยา เชียงราย และเชียงใหม่ ที่พบว่า การมีสมาชิกเครือข่ายจากหลายภาคส่วนและการจัดการเชิงระบบเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ โดยองค์ประกอบของแนวทางการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ประกอบด้วย 5 ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างความเข้มแข็งของสมาชิกศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชนผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพและฝึกปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 18.51 เป็น 24.72 คะแนน (p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริชญา ยอดสะเทิ้นและคณะ[8] ที่พบว่า การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำในจังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) สะท้อนว่าการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นกลไกหลักในการสร้างเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคที่ยั่งยืน

องค์ประกอบที่ 2 การตรวจสอบและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ในการเฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือน 5,464 ครัวเรือน พบประเด็นสำคัญคือการซื้อหรือหายาปฏิชีวนะมาใช้เอง ร้อยละ 8.89 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chautrakarn S et al[9] ที่พบว่า ประชาชนวัยทำงานในเขตเมืองของประเทศไทยมีพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองสูงถึง

ร้อยละ 88.2 โดยกลุ่มยาที่ใช้บ่อยคือ NSAIDs และยาปฏิชีวนะ และการศึกษาของ Srisaknok T et al[10] ในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดและการเข้าไม่ถึงข้อมูลทางดิจิทัลส่งผลให้เกิดการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างไม่เหมาะสม ปัญหายาชุดและยาปฏิชีวนะที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ในร้านค้าชุมชนยังคงเป็นความท้าทายเชิงระบบ[11] ดังนั้นการจัดให้มีศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคระดับชุมชนจึงถือเป็นการสร้างกลไกใกล้ตัวประชาชนเพื่อจัดการปัญหาเหล่านี้ที่ต้นทางให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 3 การใช้เครื่องมือดิจิทัลในการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ Oryor Smart Application และ LINE @FDATHAI เป็นช่องทางที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพัฒนาขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถตรวจสอบเลขทะเบียนผลิตภัณฑ์และร้องเรียนได้สะดวก[12,13] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนผ่านดิจิทัล (Digital Transformation) ของระบบคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย ที่มีการบูรณาการ AI และ API กับแพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อสกัดกั้นผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายตั้งแต่ต้นทาง[14] อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังคงเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยี การให้สมาชิกศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นแกนนำในชุมชนเป็นผู้ใช้เครื่องมือดิจิทัลเหล่านี้แทน จึงเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมและสามารถลดช่องว่างทางดิจิทัลในกลุ่มเปราะบางได้

องค์ประกอบที่ 4 การเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไปยังผู้สูงอายุจำนวน 5,239 คน ทำให้ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ (73.75 คะแนน) สอดคล้องกับแนวคิดของกรมอนามัย ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ[15] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rojanasumapong A et al[16] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งนี้ พบว่าด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือการซักถามและโต้ตอบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังขาดทักษะการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารควบคู่ไปกับการให้ความรู้ในอนาคต

องค์ประกอบที่ 5 การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และข้อร้องเรียน หลังการพัฒนาเกิดการรายงานจำนวน 82 เรื่อง โดยส่วนใหญ่เป็นการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย (ร้อยละ 76.83) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่พบว่า คดีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพคิดเป็นร้อยละ 69.09 ของคดีคุ้มครองผู้บริโภคทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566[17] และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตธี พุทธิกานต์[18] ที่ประเมินการจัดการปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายบนสื่อออนไลน์ในจังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า การมีระบบรับเรื่องร้องเรียนและการบูรณาการกับแพลตฟอร์มออนไลน์ช่วยให้การจัดการปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น การมีศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่หน่วยงานส่วนกลางไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การมีนโยบายและกฎหมายรองรับ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 46[1] และพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562[3] 2) การบูรณาการความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เภสัชกรระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่ายชุมชน และ 3) การให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้และการสะท้อนผลในวงจร PAOR ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล เสียงประเสริฐและคณะ[19] ที่ระบุว่า รูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยหลัก P-I-K คือ การมีส่วนร่วม

(Participation) ความเป็นองค์กรนวัตกรรม (Innovative Organization) และการจัดการความรู้และตัวชี้วัด (KM และ KPI)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรกำหนดให้การจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับชุมชนเป็นนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุข พร้อมจัดสรรงบประมาณและบุคลากรที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2) ข้อเสนอแนะด้านการขยายผล ควรขยายผลการจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชนให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด รวมถึงพัฒนาเป็นต้นแบบเพื่อขยายผลไปยังจังหวัดอื่น ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพัฒนาเป็นต้นแบบในระดับประเทศ

3) ข้อเสนอแนะด้านการบูรณาการ ควรสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาองค์กรของผู้บริโภคจังหวัดร้อยเอ็ด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลกระทบในระยะยาว (Long-term outcomes) ของการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคระดับชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน โดยติดตามอย่างน้อย 3-5 ปี

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคในบริบทต่าง ๆ เช่น พื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท พื้นที่ที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้มแข็งและไม่เข้มแข็ง เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

3) ควรศึกษาวิจัยเชิงปริมาณแบบ Quasi-experimental หรือ Randomized Controlled Trial เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้บริหาร และบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 5 อำเภอ (ทุ่งเขาหลวง ศรีสมเด็จ เมยวดี พนมไพร และหนองพอก) เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สมาชิกเครือข่ายศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนทั้ง 30 แห่ง ตลอดจนสภาองค์กรของผู้บริโภคจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณประชาชนในพื้นที่ทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัดร้อยเอ็ด

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา.(2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก, 6 เมษายน 2560.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.(2566). แนวทางการดำเนินงานศูนย์เฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. ราชกิจจานุเบกษา.(2562). พระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562. เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก, 22 พฤษภาคม 2562.
4. ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ.(2567). รายงานสถานการณ์คุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ปี 2567. กรุงเทพฯ: คคส.; 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthconsumer.org/book/report-grdu-2024/.
5. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.

6. ไพรัช ไล้ทอง และรัญชน์รวี ส่งศิริ.(2567). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2567;4(1):1-15.
7. ศิริรัตน์ สัตย์มิตร, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์ และพักตร์วิภา สุวรรณพรหม.(2567). กลไกการดำเนินงานของเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา จังหวัดเชียงราย และจังหวัดเชียงใหม่. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2567;17(2):417-31.
8. ปริชญา ยอดสะเทิ้น, สุมัทนา กลางคาร และบัณฑิต วรรณประพันธ์.(2563). การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(4):27-38.
9. Chautrakarn S, Khumros W, Phutrakool P.(2021). Self-Medication with Over-the-counter Medicines Among the Working Age Population in Metropolitan Areas of Thailand. Front Pharmacol. 2021 Aug 11;12:726643. doi: 10.3389/fphar.2021.726643. PMID: 34456738; PMCID: PMC8385363.
10. Srisaknok T, Ploylearmsang C, Wongkongdech A, Chanthamath S, Wongkongdech R.(2025). Health literacy and self-medication among older adults in rural Thailand: understanding inequities in a digital era. Glob Health Action. 2025 Dec;18(1):2572008. doi: 10.1080/16549716.2025.2572008. Epub 2025 Oct 15. PMID: 41090235; PMCID: PMC12529737.
11. Sunpuwan M, Punpuing S, Jaruruengpaisan W. et al.(2019). What is in the drug packet?: access and use of non-prescribed poly-pharmaceutical packs (Yaa Chud) in the community in Thailand. BMC Public Health 19, 971 (2019). https://doi.org/10.1186/s12889-019-7300-5.
12. วิษณุ โรจน์เรืองไร.(2556). ORYOR Smart Application. วารสารอาหารและยา. 2556;20(2):70-73.
13. ภาณุพงศ์ พุทธรักษ์. (2563). เช็คให้ชัวร์ 3 ช่องทางง่ายๆ แค่ปลายนิ้ว [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5169.
14. World Health Organization Thailand.(2025). Digital Transformation and Health: Thailand's Regulatory Innovation. Bangkok: WHO Thailand; 2025. Available from: https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/digital-transformation-and-health--thailand-s-regulatory-innovation.
15. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. บริษัท สามเจริญพาณิชย์: กรุงเทพฯ; 2561.
16. Rojanasumapong A, Jiraporncharoen W, Nantsupawat N, Gilder ME, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K.(2021). Internet Use, Electronic Health Literacy, and Hypertension Control among the Elderly at an Urban Primary Care Center in Thailand: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 Sep 11;18(18):9574. doi: 10.3390/ijerph18189574. PMID: 34574499; PMCID: PMC8471254.
17. ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.(2566). สถิติการจัดการโฆษณา ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://cemc.fda.moph.go.th/statistic/สถิติการจัดการโฆษณา-2566.
18. กฤตธี พุทธิกานต์.(2568). การประเมินการจัดการปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายบนสื่อออนไลน์ด้วยวิธีการรายงานผ่านระบบของแพลตฟอร์มออนไลน์: กรณีศึกษาจังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพลายสือไทย. 2568;1(2):1-15.
19. พิกุล เสียงประเสริฐ, รัตพงษ์ สอนสุภาพ และสังศิต พิริยะรังสรรค์.(2557). รูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(6):984-91.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

Development of a Service Model for Caring in End of Life of Dependence Elderly Patients on Home-Based Palliative Care in Nakhon Phanom Province.

(Received: June 22,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

ประดับดาว ไพศาลสิงห์[1] พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์[2]
Pradabdao Paisalsingh[1] Phisit Serithammapitak[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุฯ และ 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่ฯ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุฯ จำนวน 218 คน และญาติผู้สูงอายุฯ จำนวน 218 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพและผู้ดูแล 3) แบบประเมินความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผู้ดูแล และญาติ และการ วิเคราะห์ข้อมูล โดย Content Analysis ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยการใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : พบว่า หลังการพัฒนา (1) มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ และผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผู้ดูแลและญาติสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้าย, การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน, การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบประคับประคองที่บ้าน

Abstract

This study aimed to : 1) To study the problems and needs regarding the service model for home-based palliative care for terminally dependent elderly people; 2) To develop a service model for home-based palliative care for terminally dependent elderly people; and 3) To study the effects of developing the service model for home-based palliative care for terminally dependent elderly people. This research was an action research study. The sample group consists of The study involved 218 elderly individuals and 218 relatives of elderly individuals. Data collection tools included: 1) a general information questionnaire, 2) an assessment of the ability of the healthcare team and caregivers to provide palliative care to terminally dependent elderly individuals at home, and 3) an assessment of satisfaction with the palliative care services provided to terminally dependent elderly individuals at home by the healthcare team, caregivers, and relatives. Data were analyzed using content analysis, including mean, percentage, and standard deviation, and pre- and post-test comparisons were conducted using a paired t-test. The statistical significance level was set at 0.05.

[1] พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
[2] พย.ม.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Results of the study : It was found that after development (1) the average ability of the health team and caregivers to care for terminally dependent elderly with palliative care at home was significantly higher than before development. (2) the average satisfaction with the service model for palliative care for terminally dependent elderly at home was significantly higher than before development. Caregiver and family members showed statistically significant improvement after the intervention.

Keywords : Dependent elderly, End-of-life dependent elderly, Care for dependent elderly, Home palliative care, Home palliative care for dependent elderly.

บทนำ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องดูแลแบบประคับประคอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[1] โดยอุบัติการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2011 พบว่าประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิต ประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าเป็นยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอด อุดกลั้นเรื้อรังร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ร้อยละ5.71 โรคเบาหวานร้อยละ 4.59 โรคไตร้อยละ 2.02 โรคตับแข็งร้อยละ 1.70 และโรคสมองเสื่อมร้อยละ 1.65 สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปี ร้อยละ 25.56 เมื่อแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 และผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.93[2] ปัจจุบันเทคโนโลยีและวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามาก ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตได้มากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยาวนานขึ้นและถูกนำมาใช้ในการยื้อความตายเพิ่มขึ้นเช่นกัน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากทนไหวไปจนถึงระดับรุนแรง[3] และความทุกข์ทรมาน สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญในการดูแลเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) ที่มีการดำเนินหรือการลุกลามของโรคมากขึ้นเรื่อยๆ (active, progressive disease) เมื่อการดำเนินโรคมาสู่ระยะสุดท้ายจะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ จะทรุดลงจนกระทั่งไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด (life-threatening disease) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมแห้ง ในขณะที่ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า ความกลัว และปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน สวัสดิการ การจ้างงาน[4] และยังต้องเผชิญกับภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรคและการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้[5] การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม โดยให้การรักษาตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[6] มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ โดยให้ความสำคัญกับการประเมินสภาพ การลดความทรมานจากความเจ็บปวด การจัดการอาการและจัดการปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ[7] อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ยังคงเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร การดูแลแบบประคับประคองนี้จะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมและจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงานการส่งข้อมูล/แผนการดูแลทั้งระหว่างหน่วยงานและบุคคล เพื่อทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมา[8] จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[6] ดังนั้นการจัดรูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามความเป็นจริงและเข้าสู่วาระสุดท้ายอย่างได้สงบซึ่งเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จากรายงานสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพ (Focal points) ที่สำคัญด้านสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ปี 2568 พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องดูแลแบบประคับประคองเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ พบว่าสัดส่วนประชากรก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยพบจำนวนประชากรผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 121,791 คน, 119,485 คน และ 128,587 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67, 17.03 และ 18.19 ตามลำดับ และผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่า เป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ปกติ (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 87.15, 74.20 และ 76.58 ตามลำดับ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 3.77, 2.61 และ 2.22 ตามลำดับ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.44, 0.14 และ 0.31 ตามลำดับ จากสถิติการสำรวจผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี พ.ศ. 2566-2568 มีจำนวน 1,919, 3,060 และ 3,426 คนตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้านช่วงวัยพบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 72.89, 78.98 และ 72.89 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวน 1,919, 3,060 และ 3,426 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 72.28, 77.06 และ 72.89 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2566-30 ก.ย. 2568) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องดูแลแบบประคับประคองเป็นปัญหาในพื้นที่และควรเร่งดำเนินการในการดูแลให้ครอบคลุมตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นจังหวัดนครพนมยังเป็นพื้นที่ที่มีความพยายามในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แต่ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ จากการวิเคราะห์พบว่า ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แบบประคับประคองที่ชัดเจน ขาดการขับเคลื่อนงานในการดูแลที่เป็นรูปธรรม ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร การขาดความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ขาดแคลนเครือข่ายผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลที่

เพียงพอครอบคลุม ความไม่เพียงพอของระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างไรก็ตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน และมุ่งเน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมจะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ อีกทั้งยังสามารถปรับเปลี่ยนและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและองค์กรในการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพเป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน เพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบหรือระบบการดูแลส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) งานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนมนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Acting) 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Observing) และ 4) ขั้นประเมินผล (Reflecting) กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ทีมสุขภาพเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน และ 4) ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2569

กลุ่มตัวอย่าง

ทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และแพทย์แผนไทย จำนวน 42 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม 2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพย้ายหน่วยงานขณะทำการศึกษาวิจัย หรืออยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับบริการฯ ที่มีค่าคะแนน ADL 0 – 4 คะแนน 2) มีระดับคะแนน Palliative performance scale: PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 4) มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม 5) ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม 6) ผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแลมีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ admitted ในหน่วยบริการทางสาธารณสุข 2) ผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแลขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงที่ผิดปกติจากโรคที่เป็นอยู่ขณะดำเนินการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย 3) ผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแลปฏิเสธการรักษาในระบบบริการฯ ในเขตจังหวัดนครพนม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม โดยผู้ป่วย 1 คนต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม และ 2) มีสติสัมปชัญญะดี มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ย้ายไปทำงานต่างจังหวัด ไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม

ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในระบบบริการฯ โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2569 โดยผู้ป่วย 1 คนต่อญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน 1 คน

วิธีการศึกษา

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3. การดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา : ระยะนี้เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย (1) การรวบรวมข้อมูลสถิติ/การวิเคราะห์สถิติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) การทบทวนรูปแบบบริการเดิม การวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นปัญหา (3) ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุงรูปแบบบริการ (4) ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา และ (5) จัดทำแผนพัฒนารูปแบบบริการ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ : ระยะนี้เป็นการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม และพัฒนาแนวปฏิบัติที่ใช้ในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม รวมทั้งการประเมินผลของการศึกษาวิจัย โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) เป็นขั้นตอนการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (ACTION) เป็นขั้นตอนการนำแผนที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ และควบคุมให้เกิดการปฏิบัติได้จริงตามที่ระบุไว้ในแผน ซึ่งผู้วิจัยจะต้องดำเนินการตามกระบวนการปฏิบัติตามแผนและรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตุการณ์ (OBSERVEATION) กระบวนการตรวจสอบ กำกับติดตามและศึกษาวิเคราะห์รูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม โดยการสังเกตและประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบฯ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหานำสู่การพัฒนาระบบฯ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (REFLECTION) เป็นขั้นตอนการนำ “ต้นแบบ” หรือแนวทางภายหลังการปรับปรุงแก้ไขระบบฯ มาใช้กับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนด และสรุปผลการศึกษาต่อไป

4. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม และคู่มือการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 นำเครื่องมือมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพและผู้ดูแลเท่ากับ 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ, แบบประเมินความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ, ผู้ดูแล และญาติ เท่ากับ 0.78, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดย (1) ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) จากการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ (2) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (ACTION) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตุการณ์ (OBSERVEATION) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (REFLECTION) วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

3) ระยะที่ 3 ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 131/68 วันที่ 19 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.48 มีอายุในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 38.10 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.34 ด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือเป็นผู้ที่รับผิดชอบงาน Palliative care ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 42.86

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 44.51 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.02 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 40.85 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 74.39 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ในช่วง น้อยกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 43.90 โดยมีสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 94.51 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.44 ด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 70.12

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.15 มีอายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 73 ปี อายุเฉลี่ย 64.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.14 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.13 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90..37 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 44.04 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.35 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,500-4,000 บาท ร้อยละ 40.04 มีสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 86.70 โดยทั้งหมดมีประวัติมีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ด้านระยะเวลาที่ท่านเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 9 ปี เฉลี่ย 4.21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.68 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร ญาติ ผู้ดูแลในช่วงที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ร้อยละ 90.37 และโดยส่วนใหญ่เคยได้รับการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 74.31

สภาพปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า (1) ด้านระบบบริการ ยังขาดแนวทาง (Clinical Pathway) มาตรฐาน ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนไม่ต่อเนื่อง ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เชื่อมต่อกัน เข้าถึงยาและอุปกรณ์ที่บ้านได้ยากโดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล และขาดกลไกติดตามคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ ความต้องการคือการพัฒนาแนวทางมาตรฐาน จัดทำระบบฐานข้อมูลบูรณาการ มีระบบสำรองยาใน รพ.สต. และพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ (2) ด้านทีมสุขภาพ บุคลากรขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน Palliative Care มีภาระงานสูง ขาดแพทย์เฉพาะทาง การสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพไม่บูรณาการ และขาดระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ ความต้องการคือการอบรมต่อเนื่อง จัดทีมสหวิชาชีพเฉพาะกิจ พัฒนาระบบ Tele-consult และจัดทำคู่มือ/SOP สำหรับทีมสุขภาพ (3) ด้านผู้สูงอายุ อาการปวดและทุกข์ทรมานยังควบคุมไม่เพียงพอ ขาดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจ ความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ได้รับการดูแล และเข้าถึงบริการฉุกเฉินที่บ้านได้ยาก ความต้องการคือจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ มีกระบวนการ ACP ที่เป็นระบบ ให้ข้อมูลที่ชัดเจน ดูแลด้านจิตวิญญาณ และมีช่องทางติดต่อฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง (4) ด้านญาติผู้ดูแล ญาติมีภาระสูงจนเกิดภาวะหมดแรง (Caregiver Burnout) ขาดความรู้และทักษะการดูแล มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดการสนับสนุนจิตใจทั้งระหว่างดูแลและหลังสูญเสีย รวมถึงญาติที่ต้องทำงานไม่สามารถดูแลได้ต่อเนื่อง ความต้องการคือมีบริการ Respite Care สวัสดิการสนับสนุน กลุ่มให้คำปรึกษา และอาสาสมัคร/Care Manager ในชุมชน และ (5) ด้านภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ (อปท.) อปท. ขาดนโยบายและงบประมาณชัดเจน อสม. ขาดความรู้เฉพาะด้าน การบูรณาการระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นเอกภาพ ชุมชนขาดความตระหนัก และฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นไม่ครอบคลุม ความต้องการคือผลักดันให้ อปท. จัดสรรงบประมาณ พัฒนา อสม. เชี่ยวชาญ จัดตั้งคณะกรรมการบูรณาการระดับอำเภอ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระดับตำบล

การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังนี้ (1) กิจกรรมที่ 1 การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายครอบคลุมในทุกมิติ (2) กิจกรรมที่ 2 การประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อนำไปจัดทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (3) กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (Advance Care Plan: ACP) และทบทวนทุก 3–6 เดือน (4) กิจกรรมที่ 4 การจัดทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ใน

การแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยืดการตาย (5) กิจกรรมที่ 5 การดูแลอาการไม่สุขสบายแบบประคับประคองที่บ้าน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในทุกมิติ Care Manager (6) กิจกรรมที่ 6 การกำกับและติดตามการดูแล ตาม Care Plan อย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบคุณภาพการดูแลของ CG ปรับแผนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพ และรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการ LTC (7) กิจกรรมที่ 7 การดูแลระยะสุดท้าย เมื่อเข้าสู่ระยะ Active Dying ในช่วง 24–72 ชั่วโมงสุดท้าย ตามความต้องการใน ACP และ Living Will และ (8) กิจกรรมที่ 8 การดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Bereavement Care) ภายใน 24–48 ชั่วโมง และเยี่ยมบ้านติดตามที่ระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน และประเมินภาวะเศร้าโศกเพื่อส่งต่อนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

ผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า

1) ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.11, S.D.=0.63) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.31, S.D.=0.49) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ (n = 42 คน)

ความสามารถในการดูแล	ก่อนพัฒนา (n=42)			หลังพัฒนา (n=42)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ทีมสุขภาพ	ปานกลาง	3.11	0.63	สูง	4.31	0.49	16.12	41	<0.001

* p<0.05

2) ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ =2.33, S.D.=0.72) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.50, S.D.=0.59) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล (n = 164 คน)

ความสามารถในการดูแล	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ผู้ดูแล	ต่ำ	2.33	0.72	สูง	3.50	0.59	25.09	136	<0.001

* p<0.05

3) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.12, S.D.=0.64) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.20, S.D.=0.51) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ (n = 42 คน)

ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ	ก่อนพัฒนา (n=42)			หลังพัฒนา (n=42)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ	ปานกลาง	3.12	0.64	สูง	4.20	0.51	14.13	41	<0.001

* p<0.05

4) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.20, S.D.=0.72) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.22, S.D.=0.56) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล (n = 164 คน)

ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ	ก่อนพัฒนา (n=164)			หลังพัฒนา (n=164)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ	ปานกลาง	3.20	0.72	สูง	4.22	0.56	20.06	163	<0.001

* p<0.05

5) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของญาติ ผลการศึกษา ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.30, S.D.=0.69) หลังการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.37, S.D.=0.51) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของญาติสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของญาติ (n = 218 คน)

ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ	ก่อนพัฒนา (n=218)			หลังพัฒนา (n=218)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ส่วนที่ 1 : ด้านลักษณะงาน	ปานกลาง	3.31	0.68	สูงมาก	4.43	0.50	24.72	217	<0.001

* $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่า (1) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ และผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของลวงพิมาย และคณะ พบว่าการอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้าน Palliative Care อย่างเป็นระบบและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน ส่งผลให้ทีมสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงสามารถประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[9] และการศึกษาของมนธิดา แสงเรืองเอก และคณะ พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบผ่านการประชุมครอบครัว (Family Meeting) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ชัดเจน การรับฟังความกังวลและความต้องการของครอบครัว และการแบ่งบทบาทหน้าที่การดูแลที่ชัดเจน มีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้น ภาระการดูแลลดลง และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลโดยไม่มีเหตุฉุกเฉิน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (2) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านของทีมสุขภาพ ผู้ดูแลและญาติสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] สอดคล้องกับการศึกษาของลวงพิมาย และคณะ พบว่าทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในรูปแบบการทำงานที่พัฒนาขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านความชัดเจนของขั้นตอนการปฏิบัติงาน ความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในพื้นที่ และระบบการสนับสนุนจากทีมผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบกรณีซับซ้อน[9] และการศึกษาของศิรินภา แสนเสนา และคณะ พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการดูแลแบบบูรณาการทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น[11] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณี ทับทิมทอง, จิตติมา ดำรงวานิชกุล, และ ศิวาพร ศิวะโกเศศ พบว่า ญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการในระดับสูงมาก เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวตอบสนองความต้องการของญาติทั้งด้านข้อมูล การมีส่วนร่วม และการสนับสนุนทางจิตใจอย่างครบถ้วนในทุกระยะของการดูแล[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้บริหาร ควรกำหนด Clinical Pathway และ SOP สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านให้เป็นมาตรฐานระดับจังหวัด

2. ควรจัดสรรงบประมาณและอัตรากำลังให้เพียงพอ ผลักดันให้ อปท. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในข้อบัญญัติท้องถิ่นและจัดทีมสหวิชาชีพเฉพาะกิจให้ครอบคลุมพื้นที่

3. ด้านการบริการพยาบาล ควรส่งเสริมการนำรูปแบบบริการ 8 กิจกรรมไปใช้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ

4. ด้านการศึกษาวิจัย ควรศึกษาประสิทธิผลระยะยาวของรูปแบบบริการ โดยติดตามผลลัพธ์ในระยะ 1–2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย อัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ และอัตราการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). **Palliative care**. Retrieved July 18, 2023, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. สายสมร เฉลยกิตติ & นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามวิถีแบบพุทธในชุมชนกึ่งเมือง. **วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, 1**(1), 21-27.
3. สุยันต์ ลวงพิมาย. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3**(1), 44-53.
4. Mitchell, A. J., Vahabzadeh, A., & Magruder, K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. **General Hospital Psychiatry, 33**(5), 409-418.
5. ประธาน ศรีจุลฮาด. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคา จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14**(3), 219-220.
6. Stephen, R., Claire, M., Ernesto, J., Richard, H., James, C., Barbara, H., et al. (2020). **Global atlas of palliative care** (2nd ed.). London, UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance.
7. World Health Organization. (2020). **Palliative care**. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
8. เพียงพิมพ์ ปัณระสี และภัทราบูลย์ นาคสู่สุข. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,** 38(4), 55–65.
9. ลวงพิมาย สุยันต์. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 3(1), 44–54.
10. มนธิดา แสงเรืองเอก, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และวาสนา รวยสูงเนิน. (2563). ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์**, 35(2), 1–15.
11. ศิรินภา แสนเสนา, จันทร์จิรา สีหะวงษ์, และ วิไลวรรณ สายสิงห์. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 44(1), 89–101.
12. สุพรรณี ทับทิมทอง, จิตติมา ดำรงวานิชกุล, และ ศิวาพร ศิวะโกเศศ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เขตสุขภาพที่ 10. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 46(2), 55–70.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7

Factors Affecting Nursing Executive Succession Planning in Community Hospitals, Health Region 7

(Received: June 22,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

รัชฎา ไสวารี[1] จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร[2]
Ratchada Saivaree[1] Jitpinan Srijakkot[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง และปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 ประชากร คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงและระดับต้น ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 จำนวน 36 แห่ง จำนวน 245 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบนวมข้อมูล คือแบบสอบถามการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่ง การวางแผนสืบทอดตำแหน่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า 1) การวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.71, S.D. = 0.74) 2) ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งทั้ง 9 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = 0.51 - 0.88) และ 3) ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์การวางแผนสืบทอดตำแหน่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 5 ตัวแปร เรียงตามขนาดอิทธิพล ได้แก่ ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง (β = 0.409) การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า (β = 0.265) ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร (β = 0.152) ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ (β = 0.146) และการสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง (β = 0.107) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการวางแผนสืบทอดตำแหน่งได้ร้อยละ 85.30 (R^2 = 0.853) ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การวางแผนสืบทอดตำแหน่ง, ผู้บริหารทางการพยาบาล, ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่ง

Abstract

This survey research aimed to examine the level of succession planning and the supportive factors for position attainment that were related to and influenced succession planning among nursing administrators in community hospitals under Health Region 7, Thailand. The population consisted of 245 senior- and first-line nursing administrators working in 36 F2 community hospitals. The research instrument was a questionnaire on succession planning, consisting of three parts: personal information, supportive factors for position attainment, and succession planning. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that: 1) the overall level of succession planning among nursing administrators was at a high level ($\bar{x}$ = 3.71, S.D. = 0.74); 2) all nine dimensions of supportive factors for position attainment

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Corresponding author E-mail: ratchada.s@kkumail.com

were positively correlated with succession planning at a statistically significant level of .01 (r = 0.51–0.88); and 3) five factors significantly predicted succession planning at the .05 level. Ranked by predictive power, these factors were commitment and perseverance of stakeholders (β = 0.409), advance budget allocation (β = 0.265), alignment with organizational strategic plans (β = 0.152), transparency and fairness of the process (β = 0.146), and communication and policy dissemination by top management (β = 0.107). Together, these variables explained 85.30% of the variance in succession planning (R^2 = 0.853).

The findings of this study can be utilized as fundamental information for the concrete development of succession planning systems for nursing administrators in community hospitals.

Keywords: Succession Planning, Nurse Administrator, Supporting Factors

บทนำ

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและภาวะผู้นำทางการพยาบาลเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะการบริหารเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35 ของจำนวนพยาบาลทั้งหมด[1] ขณะที่ AONL Foundation[2] รายงานว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงในประเทศสหรัฐอเมริการ้อยละ 15 มีแผนลาออกก่อนเกษียณ และร้อยละ 42 ต้องการเปลี่ยนตำแหน่งเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ส่วนในประเทศญี่ปุ่นพบว่าโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 60 ประสบปัญหาในการค้นหาผู้สืบทอดตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล[3]

สำหรับประเทศไทย รายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าสายงานพยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มเกษียณอายุในอัตราสูงอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้เกษียณรวมถึง 22,899 คน ในช่วง พ.ศ. 2566 – 2575[4] ซึ่งรวมถึงระดับผู้บริหารทางการพยาบาล จะมีแนวโน้มเกษียณอายุราชการประมาณร้อยละ 25 ในอีก 5 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกำลังเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนผู้บริหารที่มีศักยภาพอย่างต่อเนื่อง[5]

ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีโรงพยาบาลชุมชนรวม 71 แห่ง เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 แบ่งเป็นจังหวัดขอนแก่น 8 แห่ง กาฬสินธุ์ 10 แห่ง มหาสารคาม 7 แห่ง และร้อยเอ็ด 11 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 36 แห่ง โดยมีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงบริการในทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้กรอบ Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ และยกระดับคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนของประชากร โดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการด่านแรกของระบบสุขภาพ และเป็นกลไกสำคัญ ในการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ[6] อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดด้านกำลังคน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารทางการพยาบาล ซึ่งสถานการณ์ของเขตสุขภาพที่ 7 มีพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุราชการภายใน 3 ปีข้างหน้า 1,833 คน และผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 40[7]

การวางแผนสืบทอดตำแหน่ง (Succession Planning) เป็นกระบวนการเชิงระบบที่องค์กรใช้เพื่อให้มั่นใจว่ามีบุคลากรที่มีศักยภาพและความพร้อมก้าวเข้าสู่ตำแหน่งสำคัญได้อย่างเหมาะสม[8] ได้เสนอแนวคิด Seven-Pointed Star Model เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นระบบและต่อเนื่อง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างความมุ่งมั่นในระดับผู้นำ การประเมินบทบาทและสมรรถนะปัจจุบัน การประเมินผลการ

ปฏิบัติงานบุคลากร การประเมินความต้องการตำแหน่งในอนาคต การประเมินศักยภาพบุคลากร การปิดช่องว่างระหว่างศักยภาพและความต้องการ และการประเมินผลกระบวนการสืบทอดตำแหน่ง การขาดแผนสืบทอดตำแหน่งที่เป็นระบบส่งผลให้เกิดภาวะสุญญากาศทางการบริหาร ลดประสิทธิภาพการตัดสินใจ และกระทบต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพ[9] ทั้งยังเพิ่มความเครียดให้กับผู้บริหารรุ่นใหม่[10] จากการศึกษาของ ตราวดี อินทรักษ์[11] พบว่ามีเพียงร้อยละ 15 ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีแผนสืบทอดตำแหน่งอย่างเป็นรูปธรรม ขณะที่ร้อยละ 65 ยังไม่มีกรอบแนวทางที่ชัดเจน บริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 มีลักษณะการดำเนินงานที่พึ่งพาบุคลากรในทีมขนาดเล็ก โครงสร้างองค์กรไม่ซับซ้อน แต่เปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลากรในตำแหน่งสำคัญ การพัฒนาผู้นำมักเกิดในลักษณะ เรียนรู้จากการทำงาน และอาศัยประสบการณ์-ความอาวุโสเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้กรอบปัจจัยแห่งความสำเร็จ 9 ด้านของกรมการจัดหางาน[12] เป็นตัวแปรอิสระ และใช้กรอบแนวคิด Seven-Pointed Star Model ของ Rothwell[13] เป็นตัวแปรตาม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยสนับสนุนต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 เขตสุขภาพที่ 7 อันจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งกับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7
3. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7
2. ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งมีอิทธิพลต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งตามแนวคิดของกรมการจัดหางาน[12] จำนวน 9 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง การมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ การกำหนดแผนสืบทอดตำแหน่งไม่ใช่การรับประกันการเลื่อนขั้น การจัดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงและโค้ช การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า และความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง และตัวแปรตาม คือ การวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลตามแนวคิด Seven-Pointed Star Model ของ Rothwell13 จำนวน 7 องค์ประกอบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงและผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ใน

โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 เขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุม 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ จำนวน 36 แห่ง รวมประชากรทั้งสิ้น 252 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง (หัวหน้าพยาบาล) จำนวน 36 คน และ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานผู้ป่วยใน หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้างานควบคุมการติดเชื้อและจ่ายกลาง และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล รวมจำนวนทั้งสิ้น 216 คน

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (Census) เนื่องจากจำนวนประชากรมีขนาดไม่มากและสามารถเข้าถึงได้อย่างครบถ้วนทุกหน่วย โดยประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงและผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 252 คน การใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ช่วยลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการสุ่มตัวอย่าง (sampling error) และเพิ่มความครอบคลุมของข้อมูล ทำให้ผลการวิจัยสามารถสะท้อนสภาพความเป็นจริงของบริบทพื้นที่ศึกษาได้อย่างชัดเจนและน่าเชื่อถือ

เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบ (Inclusion Criteria) มีคุณสมบัติไว้ดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ในเขตสุขภาพที่ 7

2) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้างานควบคุมการติดเชื้อและจ่ายกลาง หัวหน้างาน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ในเขตสุขภาพที่ 7

3) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 เขตสุขภาพที่ 7 ณ วันที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ อายุ อายุงาน ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร และการอบรมบริหารทางการพยาบาล ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยบูรณาการจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ[10,11] มีคำถามรวม 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่สนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่ง ทั้งหมด 9 ด้าน คือ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง การมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ การกำหนดแผนสืบทอดตำแหน่ง ไม่ใช่การรับประกันการเลื่อนขั้น การจัดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงและโค้ช (Coaching) การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยบูรณาการตามกรอบแนวคิดของกรมการจัดหางาน [12] มีข้อคำถาม รวม 47 ข้อ ลักษณะของมาตรวัด Likert Scale มีระดับการตอบที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกับความคิดเห็นของท่านน้อย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาล 7 องค์ประกอบ รวม 47 ข้อ พัฒนาตามกรอบแนวคิด Seven-Pointed Star Model ของ Rothwell[13] คำถามทุกข้อมีลักษณะเชิงบวก ใช้มาตรประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert จำนวน 5 ระดับ

5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกับความคิดเห็นของท่านน้อย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence : IOC) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 ค่า S-CVI/Ave โดยรวมเท่ากับ 0.95

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)หลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 จำนวน 5 แห่ง รวม 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.946 และ 0.952 ตามลำดับ ภาพรวมเท่ากับ 0.955

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยก่อนนำเข้าสมการ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE682211 ในการประชุมครั้งที่ 3/2569 เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2569 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ไม่มีการดำเนินการใด ๆ ที่เป็นการรักษา การทดลอง หรือการแทรกแซงทางคลินิก และมุ่งเก็บข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์เชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 60.00) อายุเฉลี่ย 51.26 ปี (S.D. = 6.52) ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 26.14 ปี (S.D. = 8.03) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.80) เป็นหัวหน้าหน่วยงาน (ร้อยละ 85.30) ระยะเวลาดำรงตำแหน่งบริหารเฉลี่ย 9.24 ปี (S.D. = 7.91) เข้าสู่ตำแหน่งโดยการแต่งตั้ง (ร้อยละ 69.40) เคยอบรมด้านการบริหารทางการพยาบาล (ร้อยละ 53.50) โดยส่วนใหญ่ผ่านหลักสูตรอบรมเฉพาะทางการบริหารทางการพยาบาลน้อยกว่า 4 เดือน (ร้อยละ 69.20)

2. ระดับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.71, S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การปิดช่องว่างระหว่างศักยภาพและความต้องการ ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.75) รองลงมา คือ การประเมินความต้องการตำแหน่ง

ในอนาคต ($\bar{x}$ = 3.77, S.D. = 0.81) การสร้างความมุ่งมั่นในระดับผู้นำ ($\bar{x}$ = 3.74, S.D. = 0.77) การประเมินศักยภาพบุคลากร ($\bar{x}$ = 3.73, S.D. = 0.78) การประเมินบทบาทและสมรรถนะปัจจุบัน ($\bar{x}$ = 3.71, S.D. = 0.80) การประเมินผลกระบวนการสืบทอดตำแหน่ง ($\bar{x}$ = 3.63, S.D. = 0.85) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร ($\bar{x}$ = 3.59, S.D. = 0.80)

3. ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.86, S.D. = 0.66) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การกำหนดแผนสืบทอดตำแหน่งไม่ใช่การรับประกันการเลื่อนขั้น ($\bar{x}$ = 4.18, S.D. = 0.69) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.05, S.D. = 0.82) การมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ ($\bar{x}$ = 3.95, S.D. = 0.75) ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 0.74) การจัดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงและโค้ช ($\bar{x}$ = 3.78, S.D. = 0.82) ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ ($\bar{x}$ = 3.77, S.D. = 0.86) การสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.76, S.D. = 0.82) การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า ($\bar{x}$ = 3.70, S.D. = 0.76) และความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร ($\bar{x}$ = 3.69, S.D. = 0.77) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งกับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งทั้ง 9 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง 7 ด้าน ได้แก่ ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง (r = 0.88) การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า (r = 0.84) ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร (r = 0.82) ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ (r = 0.79) การจัดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงและโค้ช (r = 0.78) การมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ (r = 0.75) และการสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง (r = 0.71) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง (r = 0.66) และการกำหนดแผนสืบทอดตำแหน่งไม่ใช่การรับประกันการเลื่อนขั้น (r = 0.51) ดังตารางที่1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง (n = 245)

ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่ง	r	p-value	ระดับ
1. การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง	0.66	<.01**	ปานกลาง
2. การสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง	0.71	<.01**	สูง
3. การมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ	0.75	<.01**	สูง
4. ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร	0.82	<.01**	สูง
5. ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ	0.79	<.01**	สูง
6. การกำหนดแผนสืบทอดตำแหน่งไม่ใช่การรับประกันการเลื่อนขั้น	0.51	<.01**	ปานกลาง
7. การจัดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงและโค้ช	0.78	<.01**	สูง
8. การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า	0.84	<.01**	สูง
9. ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง	0.88	<.01**	สูง

**p < .01

5. ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์การวางแผนสืบทอดตำแหน่ง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์การวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 5 ตัวแปร เรียงตามขนาดอิทธิพล (β) ได้แก่ ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง (β = 0.409) การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า (β = 0.265) ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร (β = 0.152) ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ (β = 0.146) และการสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง (β = 0.107) ตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการวางแผนสืบทอดตำแหน่งได้ร้อยละ 85.30 (R^2 = 0.853) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง (n = 245)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Std.Error	β	t	p
ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง	0.407	0.051	0.409	7.934	<.001*
การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า	0.259	0.046	0.265	5.627	<.001*
ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร	0.146	0.050	0.152	2.943	<.001*
การสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง	0.097	0.036	0.107	2.703	.005*
ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ	0.126	0.043	0.146	2.937	.028*

Constant = 0.229, R^2 = 0.853, F = 4.899, *p < .05

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$\hat{Y}$ = 0.229 + 0.407(X_1) + 0.259(X_2) + 0.146(X_3) + 0.126(X_4) + 0.097(X_5)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_\hat{Y}$ = 0.409Z(X_1) + 0.265Z(X_2) + 0.152Z(X_3) + 0.146Z(X_4) + 0.107Z(X_5)

เมื่อ X_1 = ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง

X_2 = การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า

X_3 = ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร

X_4 = ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ

X_5 = การสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.71, S.D. = 0.74) สะท้อนให้เห็นว่าองค์กรพยาบาลเริ่มให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมด้านภาวะผู้นำและการบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ อันเป็นผลจากการขับเคลื่อนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องของระบบบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Rothwell[13] ที่มองว่าการวางแผนสืบทอดตำแหน่งเป็นกลไกสำคัญในการเตรียมความพร้อมบุคลากรสำหรับตำแหน่งสำคัญในอนาคต อย่างไรก็ตาม ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร พบว่าด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร ($\bar{x}$ = 3.59) และการประเมินผลกระบวนการสืบทอดตำแหน่ง ($\bar{x}$ = 3.63) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สะท้อนข้อจำกัดด้านระบบติดตามและประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับ ตราวดี อินทรักษ์[11] ที่พบว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่

ยังขาดระบบการติดตามและประเมินผลการวางแผนสืบทอดตำแหน่งที่เป็นรูปธรรม

2. ปัจจัยสนับสนุนการเข้าสู่ตำแหน่งทั้ง 9 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวางแผนสืบทอดตำแหน่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด คือ ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง (r = 0.88) ซึ่งสอดคล้องกับ Cross[14] และ พระครูวิเทศกัลยาณธรรม และสุภัทรชัย สีสะใบ[15] ที่ระบุว่าความมุ่งมั่นและความเพียรของผู้เกี่ยวข้องเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญของการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง รองลงมา คือ การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า (r = 0.84) สอดคล้องกับ ชำนาญ เขื่อนแก้ว[16] ที่เน้นว่างบประมาณเป็นปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาบุคลากรดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร (r = 0.82) สอดคล้องกับ Vahdat et al.[17] ที่ระบุว่าเป้าหมายเชิงกลยุทธ์เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของกระบวนการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง คือ การกำหนดแผนสืบทอดตำแหน่งไม่ใช่การรับประกันการเลื่อนขั้น (r = 0.51) สะท้อนว่าแม้บุคลากรเข้าใจหลักการนี้ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.18) แต่การนำไปสู่การปฏิบัติยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา

3. ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์การวางแผนสืบทอดตำแหน่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 5 ตัวแปร โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 85.30 (R^2 = 0.853) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบเชิงระบบของการวางแผนสืบทอดตำแหน่งในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขึ้นกับตัวแปรเชิงพฤติกรรมและตัวแปรเชิงโครงสร้างขององค์กร โดยเฉพาะ (1) ความมุ่งมั่นและความอดทนของผู้เกี่ยวข้อง (β = 0.409) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด สอดคล้องกับ Groves (2007) ที่ระบุว่าความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้เกี่ยวข้องเป็นกุญแจสู่ความสำเร็จของการพัฒนาภาวะผู้นำ (2) การจัดสรรงบประมาณล่วงหน้า (β = 0.265) ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการทำให้การพัฒนาบุคลากรดำเนินไปได้ตลอดวงจร[18] (3) ความเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร (β = 0.152) ที่ทำให้ผู้บริหารทุกระดับมีทิศทางและเป้าหมายร่วมกัน (4) ความโปร่งใสและความยุติธรรมของกระบวนการ (β = 0.146) ที่สร้างความเชื่อมั่นและลดความขัดแย้ง[19] และ (5) การสื่อสารและประกาศนโยบายโดยผู้บริหารระดับสูง (β = 0.107) ที่ทำให้บุคลากรเข้าใจเส้นทางความก้าวหน้าและตระหนักถึงความสำคัญของการสืบทอดตำแหน่ง[17,20]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้บริหารระดับสูงในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ควรกำหนดนโยบายการวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารทางการพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุวัตถุประสงค์ ขอบเขต กลุ่มเป้าหมาย และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร และจัดสรรงบประมาณล่วงหน้าอย่างเพียงพอเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์และขั้นตอนการดำเนินงานที่โปร่งใสและยุติธรรม

2. องค์กรควรพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานและระบบติดตาม-ประเมินผลกระบวนการสืบทอดตำแหน่งให้เป็นรูปธรรม จัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) สำหรับ Talent Pool พัฒนาระบบพี่เลี้ยงและโค้ช (Mentoring & Coaching) อย่างเป็นระบบ และสื่อสารนโยบายไปยังบุคลากรทุกระดับเพื่อสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วม

3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง ขยายขอบเขตการศึกษาไปสู่โรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ (F1, F2, F3) และเขตสุขภาพอื่น ๆ และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนสืบทอดตำแหน่งที่แตกต่างกันด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. AONL Foundation. AONL longitudinal nursing leadership insight study: nurse leaders' top challenges and areas for needed support, July 2020 to November 2024 [Internet]. 2024 [cited 2026 May 8]. Available from: AONL Foundation Report
3. Yudianto K, Setyawati A, Sumarni T, Maulana S. Succession planning practices and challenges in nursing services: a scoping review. J Multidiscip Healthc. 2023;16:3603-17.
4. นพวรรณ มาดารัตน์, อัญชลี คติอนุรักษ์, สุภาพรรณ ชุมมุง, ศศิกานต์ พิมพา, ศรุดา เสนพงษ์, บรรณาธิการ. รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. สภาการพยาบาล. รายงานประจำปี 2564. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2565.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ. 2565-2569). กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
7. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2565-2570. ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7; 2565.
8. Rothwell WJ. Effective succession planning: ensuring leadership continuity and building talent from within. 4th ed. New York: AMACOM; 2010.
9. Collins SK, Collins KS. Succession planning and leadership development: critical business strategies for healthcare organizations. Radiol Manage. 2007;29(1):16-21.
10. อำพร คนซื่อ, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. การวางแผนสืบทอดตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Journal of Modern Learning Development. 2566;8(1):226-38.
11. ตราวดี อินทรักษ์. การวางแผนสืบทอดตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 11 [สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
12. กรมการจัดหางาน. แผนสืบทอดตำแหน่งทางการบริหาร. กรุงเทพฯ: กรมการจัดหางาน; 2559.
13. Rothwell WJ. Effective succession planning: ensuring leadership continuity and building talent from within. 5th ed. New York: American Management Association; 2015.
14. Cross S. Succession planning in healthcare organizations [dissertation]. Virginia: Old Dominion University; 2009.
15. พระครูวิเทศกัลยาณธรรม (ฐิติกร กลฺยาณธมฺโม), สุภัทรชัย สีสะใบ. การวางแผนการสืบทอดตำแหน่งเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลงในองค์กร. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์. 2566;12(4):457-70.
16. ชำนาญ เขื่อนแก้ว. การวางแผนสืบทอดตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
17. Vahdat S, Hessam S, Mehrabian F, Hamzehgardeshi Z. Succession planning model for hospital nursing service. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):1-14.
18. วัชราพร ดวงแก้ว, ทองเหรียญ มูลชีพ, อัญชลี ศรีสุตา. การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566;31(1):1-15.
19. Garman AN, Tyler JL. Succession planning practices and outcomes in U.S. hospital systems [Internet]. 2007 [cited 2026 May 8]. Available from: Succession Planning Practices and Outcomes in U.S. Hospital Systems
20. นภัสวรรณ อุทัยธีรนันท์. การวางแผนความก้าวหน้าในอาชีพของนักวิจัยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย [การศึกษาค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป (M1) เขตสุขภาพที่ 8

The Study of Relationship between Flexible Staffing and Professional Competency and Job Satisfaction of Registered Nurses in General Hospitals (M1), Health Region 8.

(Received: June 23,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

นิตยา บุตรประเสริฐ[1] วรรณชนก จันทชุม[2]
Nittaya Butprasert[1] Wanchanok Juntachum[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป (M1) เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ 215 คน จากโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น สมรรถนะทางวิชาชีพ และความพึงพอใจในงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (S-CVI = 0.99) และมีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.955, 0.973 และ 0.962 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.89, S.D. = 0.45) สมรรถนะทางวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 4.39, S.D. = 0.47) และความพึงพอใจในงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.73, S.D. = 0.59) การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะทางวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .558, p < .01) และกับความพึงพอใจในงาน (r = .665, p < .01)

คำสำคัญ: การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น, สมรรถนะทางวิชาชีพ, ความพึงพอใจในงาน, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลทั่วไป

Abstract

This cross-sectional correlational study examined the relationships between flexible staffing and both professional competency and job satisfaction among registered nurses in general hospitals (M1) within Health Region 8. The sample comprised 215 registered nurses from Wanon Niwat Hospital, Sakon Nakhon Province, and Somdet Phra Yupparat Tha Bo Hospital, Nong Khai Province, selected through multistage random sampling. Data were collected using researcher-developed five-point Likert scale questionnaires encompassing three instruments: flexible staffing, professional competency, and job satisfaction. Content validity was established by five subject matter experts (S-CVI = 0.99), and internal consistency reliability yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.955, 0.973, and 0.962, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The findings revealed that registered nurses perceived overall flexible staffing at a high level ($\bar{x}$ = 3.89, SD = 0.45), overall professional competency at a very high level ($\bar{x}$ = 4.39, SD = 0.47), and overall job satisfaction at a high level ($\bar{x}$ = 3.73, SD = 0.59). Flexible staffing demonstrated statistically significant moderate positive correlations with both professional competency (r = .558, p < .01) and job satisfaction (r = .665, p < .01).

Keywords: flexible staffing, professional competency, job satisfaction, registered nurses, general hospitals

---

[1] ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์สาขาวิชาการศึกษา วิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Corresponding author Email: nittayabutprasert.b@kkumail.com

บทนำ

สถานการณ์สุขภาพโลกในปัจจุบันกำลังเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงอายุ ซึ่งส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อนเพิ่มขึ้น ความต้องการบริการสุขภาพและบริการพยาบาลจึงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าทั่วโลกยังคงขาดแคลนพยาบาลประมาณ 5.9 ล้านคน โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง[1] การขาดแคลนพยาบาลส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยมีหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าระดับอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ด้อยลงในโรงพยาบาลเฉียบพลัน[2]

สำหรับประเทศไทย วิกฤตการณ์ขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่สั่งสมมาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนในระบบมากกว่า 237,000 คนก็ตาม[3] รายงานสถานการณ์กำลังคนด้านการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2569 ระบุว่า ประเทศไทยยังคงเผชิญภาวะขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพประมาณ 50,000 อัตรา และมีแนวโน้มสูญเสียกำลังคนเพิ่มเติมจากการเกษียณอายุราชการในช่วง 5 ปีข้างหน้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อศักยภาพของระบบบริการสุขภาพในการรองรับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้น[4] ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักฐานว่าปริมาณงานที่สูงและความพึงพอใจในงานที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว[5]

จากสถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลและภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้น แนวคิดการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น (Flexible Staffing) จึงได้รับความสนใจในฐานะกลยุทธ์สำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการจัดสรรกำลังคนให้สามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างเหมาะสมตามความผันแปรของปริมาณงาน ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และบริบทการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีสถานการณ์ (Contingency Theory) ของ Fiedler ซึ่งเสนอว่าประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความเหมาะสมระหว่างแนวทางการจัดการและสถานการณ์ที่เผชิญ โดยไม่มีรูปแบบการบริหารใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทุกบริบท[6] นอกจากนี้ แนวคิดแบบจำลององค์กรยืดหยุ่น (Flexible Firm Model) ของ Atkinson ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการวางแผนอัตรากำลังทางการพยาบาลของ Saville และ Griffiths ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเพิ่มความยืดหยุ่นในการบริหารกำลังคนเพื่อรองรับความไม่แน่นอนของระบบบริการสุขภาพ[7-9] จากการสังเคราะห์วรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบแนวคิดการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นสำหรับบริบทโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความยืดหยุ่นด้านเวลา ความยืดหยุ่นด้านจำนวน ความยืดหยุ่นด้านหน้าที่ และความยืดหยุ่นด้านสัดส่วนทักษะ ซึ่งคาดว่าจะมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะสมรรถนะทางวิชาชีพ (Professional Competency) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและความปลอดภัย

ของผู้ป่วย สภาการพยาบาลได้กำหนดกรอบสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ครอบคลุมทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล จริยธรรมวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสื่อสาร การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล [10] ขณะที่แนวคิด Novice to Expert ของ Benner อธิบายว่าสมรรถนะทางวิชาชีพเป็นผลจากการสั่งสมประสบการณ์ การเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน และการได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง[11] ในบริบทของการบริหารกำลังคน การจัดอัตรากำลังที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมสามารถสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพของพยาบาล โดยช่วยลดภาระงานที่เกินความสามารถ เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน รวมทั้งส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าการบริหารอัตรากำลังพยาบาลอย่างเหมาะสมมีส่วนช่วยลดการทำงานล่วงเวลา เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และสนับสนุนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[12]

สำหรับความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction) การวิจัยครั้งนี้อาศัยทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายแรงจูงใจและความต้องการของบุคลากร โดยแนวคิดดังกล่าวเสนอว่ามนุษย์มีความต้องการที่พัฒนาเป็นลำดับตั้งแต่ความต้องการพื้นฐานทางกายภาพ ความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การได้รับการยอมรับนับถือ ไปจนถึงการบรรลุศักยภาพสูงสุดของตนเอง[13] ในบริบทของวิชาชีพการพยาบาล การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นอาจเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยตอบสนองความต้องการดังกล่าวผ่านการบริหารภาระงานที่เหมาะสม การส่งเสริมสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน และการสนับสนุนสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ทั้งนี้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร และปัจจัยด้านการบริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ[14]

เมื่อพิจารณาในบริบทของเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งครอบคลุม 7 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีประชากรประมาณ 5.5 ล้านคน พบลักษณะเฉพาะที่ทำให้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมีความท้าทายมากยิ่งขึ้น โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 25.5 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด[15] ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ในพื้นที่มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยสูงและมีอัตรากำลังพยาบาลต่ำกว่ากรอบกำลังคนที่พึงมี[16] แม้หลายโรงพยาบาลจะนำแนวคิดการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากร แต่จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในพื้นที่วิจัยพบประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่ อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกะที่มีพยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงานสูงกว่ากะที่ใช้พยาบาลประจำ (ร้อยละ 38.6 และ 18.2 ตามลำดับ) พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3) รายงานว่าไม่สามารถพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านได้อย่างต่อเนื่อง และพยาบาลที่มีการหมุนเวียนหน่วยงานมากกว่า 4 ครั้งต่อปีมีระดับความพึงพอใจในงานค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 53.6)

แม้ว่าจะมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล สมรรถนะทางวิชาชีพ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่องทั้งในและต่างประเทศ แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ภาระงาน หรือความพึงพอใจในงานเป็นรายตัวแปร ขณะที่หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพพร้อมกันยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านภาระงาน ความซับซ้อนของผู้ป่วย และข้อจำกัดด้านกำลังคนที่แตกต่างจากโรงพยาบาลระดับอื่น

นอกจากนี้ ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่กำลังเผชิญความท้าทายด้านการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลและการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น สมรรถนะทางวิชาชีพ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดนโยบาย วางแผนกำลังคน และพัฒนารูปแบบการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไป (M1) เขตสุขภาพที่ 8

สมมติฐานการวิจัย

1. การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะทางวิชาชีพ

2. การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-Sectional Study) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิด ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย โดยการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นสำหรับบริบทการพยาบาลในประเทศไทยได้รับการพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์ทฤษฎีสถานการณ์ (Contingency Theory) แบบจำลององค์กรยืดหยุ่น (Flexible Firm Model) และแนวคิดการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นในบริบทการพยาบาล[6-9] นำไปสู่กรอบแนวคิดการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น 4 มิติ ประกอบด้วย ความยืดหยุ่นด้านเวลา ความยืดหยุ่นด้านจำนวน ความยืดหยุ่นด้านหน้าที่ และความยืดหยุ่นด้านสัดส่วนทักษะ ที่ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย

สำหรับตัวแปรตาม ประกอบด้วย สมรรถนะทางวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งใช้กรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาลเป็นแนวทางในการกำหนดองค์ประกอบการประเมิน ครอบคลุม 8 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ ด้านวิชาการและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล และด้านสังคมและสุขภาพชุมชน[10] ส่วนความพึงพอใจในงานใช้ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความต้องการและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ[13]

มุ่งตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ประชากรในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร (n = 204 คน) และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย (n = 266 คน)

รวมทั้งสิ้น 470 คน โดยไม่รวมผู้บริหารทางการพยาบาล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size, r) = 0.20 ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดอิทธิพลในระดับต่ำ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเพียงพอ สำหรับการตรวจจับความสัมพันธ์ได้อย่างแม่นยำ ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 193 คน และเมื่อเพิ่มอัตราสำรองร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล จึงได้ขนาดตัวอย่างสุดท้าย 232 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยดำเนินการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Sampling) ในขั้นแรก แล้วจึงสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ภายในแต่ละโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติ คือ มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน และปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโดยตรง ผู้วิจัยแจกจ่ายแบบสอบถามทั้งสิ้น 232 ชุด และได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์กลับคืน 215 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 92.7

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานภาพสมรส และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น 54 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ความยืดหยุ่นด้านเวลา (13 ข้อ) ด้านจำนวน (12 ข้อ) ด้านหน้าที่ (16 ข้อ) และด้านสัดส่วนทักษะ (13 ข้อ) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะทางวิชาชีพ 32 ข้อ ตามกรอบสมรรถนะ 8 ด้านของสภาการพยาบาล (2561) ด้านละ 4 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน 25 ข้อ ตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow[13] ครอบคลุม 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ทั้งสามส่วนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) และแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best and Kahn[17] ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย การแปลผล คะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด คะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก คะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย คะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า S-CVI = 0.99 และ I-CVI = 0.80–1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามแนวทางการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา[18] ทดสอบความเที่ยงกับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น สมรรถนะทางวิชาชีพ และความพึงพอใจในงาน เท่ากับ 0.955, 0.973 และ 0.962 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น (รหัส HE 692010 วันที่ 31 มีนาคม 2569) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) โดยผู้ประสานงานที่ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชาโดยตรง เพื่อลดอิทธิพลเชิงอำนาจ ใช้เวลาเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพียงพอต่อการวิเคราะห์ จำนวน 215 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ก่อนดำเนินการ และแปลผลขนาดความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988)[19]

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 215 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.80) อายุเฉลี่ย 33.87 ปี (S.D. = 6.59) ช่วงอายุ 30–39 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 52.10) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 98.60) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.59 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1–10 ปี (ร้อยละ 55.30) สถานภาพโสด (ร้อยละ 47.40) ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 14.00)

การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น

การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.89, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามิติที่มีการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มิติที่ 4 ความยืดหยุ่นด้านสัดส่วนทักษะ (Skill-mix Flexibility) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.98, S.D. = 0.51) รองลงมาคือ มิติที่ 1 ความยืดหยุ่นด้านเวลา (Temporal Flexibility) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.94, S.D. = 0.51) และมิติที่ 3 ความยืดหยุ่นด้านหน้าที่ (Functional Flexibility) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.89, S.D. = 0.53) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ มิติที่ 2 ความยืดหยุ่นด้านจำนวน (Numerical Flexibility) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.76, S.D. = 0.56)

สมรรถนะทางวิชาชีพ

สมรรถนะทางวิชาชีพโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 4.39, S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มิติที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 4.60, S.D. = 0.52) รองลงมาคือ มิติที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 4.51, S.D. = 0.53) และ มิติที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.52) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ มิติที่ 5 ด้านวิชาการและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.25, S.D. = 0.57) **ความพึงพอใจในงาน**

ความพึงพอใจในงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.73, S.D. = 0.59) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านที่ 5 ความต้องการการเติมเต็มศักยภาพตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.87, S.D. = 0.66) รองลงมาคือ ด้านที่ 4 ความต้องการการยกย่องและการยอมรับอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.83, S.D. = 0.66) และ ด้านที่ 3 ความต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.79, S.D. = 0.64) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านที่ 1 ความต้องการพื้นฐานทางกายภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.47, S.D. = 0.72)

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงาน

ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงใกล้เคียงโค้งปกติ โดยค่าความเบ้ (Skewness) อยู่ในช่วง −0.192 ถึง −0.016 และค่าความโด่ง (Kurtosis) อยู่ในช่วง −0.452 ถึง −0.162 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้[20] ที่กำหนดให้ค่าสัมบูรณ์ของความเบ้ต้องไม่เกิน 2.0 และค่าสัมบูรณ์ของความโด่งต้องไม่เกิน 7.0 นอกจากนี้ตัวแปรทุกคู่แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) จากการตรวจสอบด้วย scatter plot จึงถือได้ว่าข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันครบถ้วนและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับสมรรถนะทางวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์พบว่า การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะทางวิชาชีพในระดับปานกลาง ($r = .558$, $p < .01$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความยืดหยุ่นด้านหน้าที่มีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = .546$) รองลงมาคือ ความ

ยืดหยุ่นด้านสัดส่วนทักษะ (r = .485) ความยืดหยุ่นด้านเวลา (r = .455) และความยืดหยุ่นด้านจำนวน (r = .421) ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่าเมื่อการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นมีระดับสูงขึ้น สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก็มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น กับ สมรรถนะทางวิชาชีพ ด้วยสถิติ Pearson Correlation Coefficient (n = 215)

การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น	สมรรถนะทางวิชาชีพค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความยืดหยุ่นด้านเวลา	.455*
ความยืดหยุ่นด้านจำนวน	.421*
ความยืดหยุ่นด้านหน้าที่	.546*
ความยืดหยุ่นด้านสัดส่วนทักษะ	.485*
รวม	.558*

*p-value<0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับความพึงพอใจในงาน ผลการวิเคราะห์พบว่า การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (r = .665, p < .01) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความยืดหยุ่นด้านหน้าที่มีความสัมพันธ์สูงสุด (r = .639) รองลงมาคือ ความยืดหยุ่นด้านสัดส่วนทักษะ (r = .607) ความยืดหยุ่นด้านจำนวน (r = .563) และความยืดหยุ่นด้านเวลา (r = .495) ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่าเมื่อการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นมีระดับสูงขึ้น ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก็มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นกับความพึงพอใจในงาน ด้วยสถิติ Pearson Correlation Coefficient (n = 215)

การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่น	ความพึงพอใจในงานค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความยืดหยุ่นด้านเวลา	.495*
ความยืดหยุ่นด้านจำนวน	.563*
ความยืดหยุ่นด้านหน้าที่	.639*
ความยืดหยุ่นด้านสัดส่วนทักษะ	.607*
รวม	.665*

*p-value<0.01

สรุปและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นในโรงพยาบาลทั่วไป (M1) เขตสุขภาพที่ 8 อยู่ในระดับมาก ขณะที่สมรรถนะทางวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูงมาก และความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าแม้โรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่จะเผชิญข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและภาระงานที่สูง แต่ผู้บริหารการพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารกำลังคนที่ยืดหยุ่นเพื่อรองรับความต้องการบริการที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สอดคล้องกับ

แนวคิด Contingency Theory ของ Fiedler ที่เสนอว่าไม่มีรูปแบบการบริหารจัดการใดที่เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ และองค์กรจำเป็นต้องปรับวิธีการบริหารให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ[6] รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิด Flexible Firm Model ของ Atkinson ซึ่งเน้นการใช้ความยืดหยุ่นของกำลังคนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร[7] โดยเฉพาะความยืดหยุ่นด้านสัดส่วนทักษะซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการจัดบุคลากรตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สอดคล้องกับ Griffiths และคณะ[9] ที่ระบุว่าการจัดอัตรากำลังโดยคำนึงถึงภาระงานและสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

สมรรถนะทางวิชาชีพของพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก โดยเฉพาะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณ และการปฏิบัติการพยาบาล อาจอธิบายได้จากประสบการณ์การทำงานของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างสูง ซึ่งเอื้อต่อการสะสมความรู้ทักษะ และการตัดสินใจทางคลินิก สอดคล้องกับแนวคิดของ Benner[11] และ Fukada[21] ที่อธิบายว่าสมรรถนะทางการพยาบาลพัฒนาจากการบูรณาการความรู้ ประสบการณ์ และการปฏิบัติงานจริง อย่างไรก็ตาม สมรรถนะด้านวิชาการและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานที่ส่งผลต่อการพัฒนาทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับความพึงพอใจในงาน แม้จะอยู่ในระดับมาก แต่ด้านความต้องการพื้นฐานทางกายภาพมีคะแนนต่ำที่สุด สะท้อนว่าพยาบาลยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านภาระงาน ค่าตอบแทน และสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg[22] ที่อธิบายว่าปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสภาพการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญต่อความพึงพอใจในงาน

ผลการศึกษาที่สำคัญคือ การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะทางวิชาชีพในระดับปานกลาง ($r = 0.558$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในงานในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r = 0.665$, $p < .01$) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้งสองข้อ สะท้อนว่าการบริหารกำลังคนที่สามารถปรับเปลี่ยนบทบาท หน้าที่ และการจัดสรรบุคลากรตามสถานการณ์ ช่วยส่งเสริมทั้งการพัฒนาศักยภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของพยาบาล สอดคล้องกับ Griffiths และคณะ[9] ที่เสนอว่าการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ทั้งด้านบุคลากรและผู้ป่วย

นอกจากนี้ ความยืดหยุ่นด้านหน้าที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดทั้งกับสมรรถนะทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงาน สะท้อนว่าการพัฒนาทักษะหลากหลาย การฝึกอบรมข้ามสายงาน และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลาย เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มศักยภาพและสร้างแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาล สอดคล้องกับ Nancarrow[23] ที่เสนอว่าความยืดหยุ่นด้านบทบาทเป็นองค์ประกอบสำคัญของกำลังคนสุขภาพยุคใหม่ และสอดคล้องกับ Wynendaele และคณะ[24] ที่พบว่ารูปแบบการทำงานที่ยืดหยุ่นช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน

สรุป การจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นไม่เพียงเป็นแนวทางในการบริหารทรัพยากรบุคคลภายใต้ภาวะขาดแคลนกำลังคน แต่ยังเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพและเสริมสร้างความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะการพัฒนาความยืดหยุ่นด้านหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมข้ามสายงานและการพัฒนาทักษะหลากหลาย ซึ่งอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งต่อพยาบาล ผู้ป่วย และองค์กร สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Twigg และคณะ[25]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและเชิงนโยบาย

1.ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.1 จัดตารางเวรด้วยตนเอง (Self-scheduling) เปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมจัดเวรภายใต้เกณฑ์แลกเปลี่ยนที่โปร่งใส เพื่อสร้างสมดุลชีวิตการทำงานและลดความเหนื่อยล้า

1.2 ระบบพยาบาลสำรอง (Float Pool) และพี่เลี้ยง จัดตั้งพยาบาลสำรองที่มีประสิทธิภาพพร้อมระบบพี่เลี้ยงคอยดูแลพยาบาลหมุนเวียนเพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.3 ใช้ IT สนับสนุนการบริหารกำลังคน นำเทคโนโลยีมาช่วยประเมินภาระงาน เพื่อปรับเพิ่ม-ลดอัตรากำลังแบบเรียลไทม์ (Real-time adjustment) ให้สอดคล้องกับความรุนแรงของผู้ป่วยในแต่ละกะ

2.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ปรับระบบค่าตอบแทนให้สอดคล้องความยืดหยุ่น: จัดสรรค่าตอบแทนพิเศษ (Incentives) และสวัสดิการที่เป็นธรรม สำหรับการทำงานข้ามหน่วยหรือช่วงภาระงานสูง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

2.2 แผนยุทธศาสตร์อัตรากำลังเขตสุขภาพที่ 8: จัดทำแผนพัฒนาอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นระยะ 3–5 ปี เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนและธำรงรักษาบุคลากรในระดับภูมิภาคอย่างยั่งยืน

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

3.1 บูรณาการการฝึกอบรมข้ามสายงาน (Cross-training): เชื่อมโยงการหมุนเวียนงานเข้ากับแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล (IDP) โดยเน้นส่งเสริมด้านวิชาการและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้พยาบาลตัดสินใจทางคลินิกได้ในทุกบริบท

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาตัวทำนายสมรรถนะทางวิชาชีพ โดยพิจารณาตัวแปรส่งผ่านและกำกับ เช่น ภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากองค์กร

2. ควรศึกษาเชิงทดลองหรือใช้ SEM เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และพัฒนารูปแบบการจัดอัตรากำลังแบบยืดหยุ่นที่เหมาะกับโรงพยาบาลระดับ M1

3. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลระดับอื่นหรือเขตสุขภาพอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลและเพิ่มการอ้างอิงผลการศึกษา

4. ควรศึกษาระยะยาวและใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ผสานข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าใจพลวัตและประสบการณ์ของพยาบาลเชิงลึก

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ประสานงาน และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านจากโรงพยาบาลวานรนิวาสและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง โรงพยาบาลกุมภวาปีที่กรุณาเอื้อเฟื้อสถานที่และกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการศึกษา วิจัย และบริหารการพยาบาล ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรและเพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยให้กำลังใจและเคียงข้างกันตลอดระยะเวลาแห่งการศึกษา

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขออุทิศคุณค่าและความดีงามทั้งปวงอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แด่บิดามารดา และครอบครัวผู้เป็นที่รักยิ่ง ซึ่งเป็นพลังใจสำคัญในทุกก้าวของการเดินทางครั้งนี้ และหากมีข้อบกพร่องหรือความคลาดเคลื่อนประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับคำชี้แนะนั้นด้วยความยินดีและขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Jun 2]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279
2. Griffiths P, Saville C, Ball J, Dall'Ora C, Meredith P, Turner L, et al. Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill mix in acute hospitals: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2023;147:104601. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104601.
3. สภาการพยาบาล. สถิติพยาบาลวิชาชีพ ประจำปี 2565. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2565. เข้าถึงเมื่อ: 2 มิ.ย. 2569. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnmc.or.th
4. อุไรพร จันทะอุ่มเม้า. สถานการณ์กำลังคนด้านการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2569. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2569. เข้าถึงเมื่อ: 2 มิ.ย. 2569. เข้าถึงได้จาก: https://nursing.moph.go.th
5. วริทธิ์ตา จารุจินดา, ธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร์, ณัฐธิดา หมั่นคติธรรม, วิลาวัลย์ เติมกลิ่นจันทน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2569;11(2):316-28. Available from: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jbp/article/view/299013
6. Fiedler FE. A contingency model of leadership effectiveness. Adv Exp Soc Psychol. 1964;1:149-190. doi:10.1016/S0065-2601(08)60051-9.
7. Atkinson J. Manpower strategies for flexible organisations. Pers Manage. 1984;16(8):28-31.
8. Saville CE, Griffiths P, Ball JE, Monks T. How many nurses do we need? A review and discussion of operational research techniques applied to nurse staffing. Int J Nurs Stud. 2019;97:7-13. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.04.015.
9. Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T. Beyond ratios—flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: a simulation and economic modelling study. Int J Nurs Stud. 2020;104:103695. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103695.
10. สภาการพยาบาล. สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Competencies%20of%20Registratered%20Nurses(1).pdf
11. Benner P. From novice to expert. Am J Nurs. 1982;82(3):402-407. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6917683/
12. ธีรพร สถิรอังกูร, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, วรรณระวี สมยา, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย: กรณีศึกษาจังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(6):839-852. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/205165
13. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50(4):370-396. doi:10.1037/h0054346.
14. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2019;94:21-31. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011.
15. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. รายงานสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 8 ประจำปี 2567. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8; 2567. https://r8way.moph.go.th/r8way
16. กองบริหารทรัพยากรบุคคล กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์สุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
17. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. Boston: Pearson; 2006.
18. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97. Available from: https://doi.org/10.1002/nur.20147
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

20. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2010.
21. Fukada M. Nursing competency: Definition, structure and development. Yonago Acta Med. 2018;61(1):1-7. doi:10.33160/yam.2018.03.001.
22. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. 2nd ed. New York: Wiley; 1959.
23. Nancarrow SA. Six principles to enhance health workforce flexibility in integrated care. Hum Resour Health. 2015;13:9. doi:10.1186/s12960-015-0009-7.
24. Wynendaele H, Gemmel P, Pattyn E, Myny D, Trybou J. What is the impact of self-scheduling on the patient, nurse and organization? A systematic review. J Adv Nurs. 2021;77(1):47-82. doi:10.1111/jan.14579.
25. Twigg DE, Whitehead L, Doleman G, El-Zaemey S. The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. J Adv Nurs. 2021;77(12):4599-4611. doi:10.1111/jan.14909.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

ผลลัพธ์การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

Results of home visits to elderly diabetic patients with hyperglycemia and stage 3 chronic kidney failure in Kudnamsai Subdistrict, Chaturat District, Chaiyaphum Province.

(Received: June 23,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

มาลินี ชาบำเหน็จ[1]
Malinee Chabamnet [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 5 เดือน จำนวน 2 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 12 คน และผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความเหมาะสม แบบประเมินความพึงพอใจ และรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ คู่มือแนวทางการปฏิบัติ 10 ขั้นตอน การกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ 7 วิชาชีพ แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล 4 แบบ สื่อและเอกสาร 8 ชิ้น แนวทางการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเอง 6 ด้าน แผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร 4 หลักสูตร และระบบติดตามประเมินผล 6 ตัวชี้วัด ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.73) ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 14.86 เป็น 22.31 คะแนน ($p<.001$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 78.29 เป็น 109.43 คะแนน ($p<.001$) ค่า HbA1c ลดลงจาก 8.45 เป็น 7.24 ร้อยละ ($p<.001$) ค่า eGFR เพิ่มขึ้นจาก 46.71 เป็น 48.26 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ($p=.039$) การมาตรวจตามนัดครบทุกครั้งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.57 เป็นร้อยละ 94.29 อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนลดลงจาก 7 ครั้งเป็น 1 ครั้ง และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.58)

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน, ไตวายเรื้อรัง

Abstract

This action research aimed to study the context and problems of caring for elderly patients with diabetes mellitus and uncontrolled blood glucose levels combined with stage 3 chronic kidney disease, develop a home visit follow-up model, and evaluate the outcomes of the model implementation in Kudnamsai Subdistrict, Chaturat District, Chaiyaphum Province. The study was conducted from January to April 2025, over a period of 5 months, using the PAOR process according to Kemmis and McTaggart's concept for 2 cycles. The sample consisted of 12 multidisciplinary team members and village health volunteers, and 35 elderly target group participants. The research instruments included focus group discussion guidelines, general information questionnaires, knowledge assessment forms, self-care behavior assessment forms, clinical data collection forms, appropriateness assessment forms, satisfaction assessment forms, and the home visit follow-up model. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Paired t-test).

The results showed that the developed model consisted of 7 main components: a 10-step clinical practice guideline, role definition for 7 professional disciplines, 4 data recording forms, 8 media and documents, guidelines

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

for health education and self-care promotion in 6 domains, a capacity building plan with 4 courses, and a monitoring and evaluation system with 6 indicators. Experts rated the appropriateness at the highest level (mean score 4.73). The results of model implementation showed that elderly participants' knowledge increased from 14.86 to 22.31 points (p<.001), self-care behaviors increased from 78.29 to 109.43 points (p<.001), HbA1c decreased from 8.45 to 7.24 percent (p<.001), eGFR increased from 46.71 to 48.26 mL/min/1.73m² (p=.039), complete appointment attendance increased from 68.57 to 94.29 percent, complication incidents decreased from 7 to 1 time, and satisfaction was at the highest level (mean score 4.58).

Keywords: Elderly home visit, Diabetes mellitus, Chronic kidney disease

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2024 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวน 589 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.10 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050[1] ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานคือภาวะไตวายเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 36.00 ของภาระโรคไตวายเรื้อรังทั่วโลกมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน[2] โดยผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 40.00 ทำให้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไตทั่วโลก

ประเทศไทยมีสถานการณ์โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางไตที่น่าเป็นห่วง ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี โดยมีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 5.20 ล้านคน[3] ส่วนสถานการณ์โรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบว่าในปี พ.ศ. 2565 หนึ่งในยี่สิบห้าของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลายเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 420,212 ราย โดยสาเหตุจากเบาหวานลงไตร้อยละ 32.20[4]

ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอการเสื่อมของการทำงานของไต แต่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชาวไทยร้อยละ 52.40 ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี โดยมีค่า HbA1c มากกว่าร้อยละ 7.00[5] ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้นโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลและทีมสุขภาพ[6] การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการนำทฤษฎีของ Orem มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น[7] นอกจากนี้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลแบบสหวิชาชีพตามกรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบบูรณาการเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ยั่งยืน[8]

การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ การศึกษาพบว่ารูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น[9,10] อย่างไรก็ตาม รูปแบบการเยี่ยมบ้านในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการติดตาม การประเมินความต้องการเฉพาะบุคคลไม่เพียงพอ ขาดการบูรณาการระหว่างทีมสุขภาพกับชุมชน และยังไม่มีระบบการติดตามผลที่ชัดเจน

ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ข้อมูลจากโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4 ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.47 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง[11] การศึกษาที่โรงพยาบาลหนองบัวแดงพบความชุกของภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เฉลี่ยร้อยละ 34.42[12] โดยในพื้นที่อำเภอจัตุรัสพบแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 32.00-36.00 ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ

ประกอบด้วยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่ตรวจติดตามสุขภาพเป็นประจำ และขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

การพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการบูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพในการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในพื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิผลและยั่งยืน นำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสื่อมของการทำงานของไต เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการวิจัย

ผลลัพธ์การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยดำเนินการในระยะเวลา 5 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2569 ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[12] โดยใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) มีรายละเอียดดังนี้ วงรอบที่ 1 การศึกษาบริบทและปัญหาการดูแล การพัฒนารูปแบบเบื้องต้น และการทดลองใช้ ระยะเวลา 3 เดือน (เดือนธันวาคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2569) เน้นการรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผ่านการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ การสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว การทบทวนเอกสารและสถิติ การวิเคราะห์กระบวนการดูแลที่มีอยู่เดิม จากนั้นร่วมกันพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่เหมาะสม พัฒนาเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติ ฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข ทดลองใช้รูปแบบกับผู้สูงอายุกลุ่มแรก สังเกตและบันทึกผลการดำเนินงาน และสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบ วงรอบที่ 2 การปรับปรุงรูปแบบ การใช้รูปแบบที่ปรับปรุงแล้ว และการประเมินผลลัพธ์ ระยะเวลา 2เดือน (เดือนมีนาคม - เมษายน 2569) นำข้อมูลจากการสะท้อนผลในวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น ขยายการใช้รูปแบบที่ปรับปรุงแล้วกับผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้ ความพึงพอใจ และ

ความยั่งยืนของรูปแบบ สะท้อนผลและสรุปบทเรียนที่ได้รับจากการพัฒนารูปแบบ และจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นและการวิจัยต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มพัฒนารูปแบบ คือ ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรัง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ และอาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหนองกุง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนในตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ และกลุ่มประเมินผลรูปแบบ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มพัฒนารูปแบบ คือ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรัง จำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพงานเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และกลุ่มประเมินผลรูปแบบ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 35 คน ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ในช่วงเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2569 รวมระยะเวลา 5 เดือน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความเหมาะสม แบบประเมินความพึงพอใจ และรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน การวิเคราะห์อัตราการขาดนัดและความต่อเนื่องในการรักษา การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล การวิเคราะห์ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. การวิเคราะห์ ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ค่า HbA1c อัตราการกรองของไต ระดับครีอาตินินในเลือด อัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอาตินินในปัสสาวะ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรังของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การจัดกลุ่มข้อมูล (Categorizing): นำข้อมูลที่ให้รหัสแล้วมาจัดกลุ่มตามความหมายที่สอดคล้องกัน เพื่อสร้างเป็นประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) การตีความข้อมูล (Interpreting) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการจัดกลุ่มและตีความหมายในบริบทของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน (ทีมสหวิชาชีพในตำแหน่งที่แตกต่างกัน) และตรวจสอบโดยให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง (Member Checking)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่ม

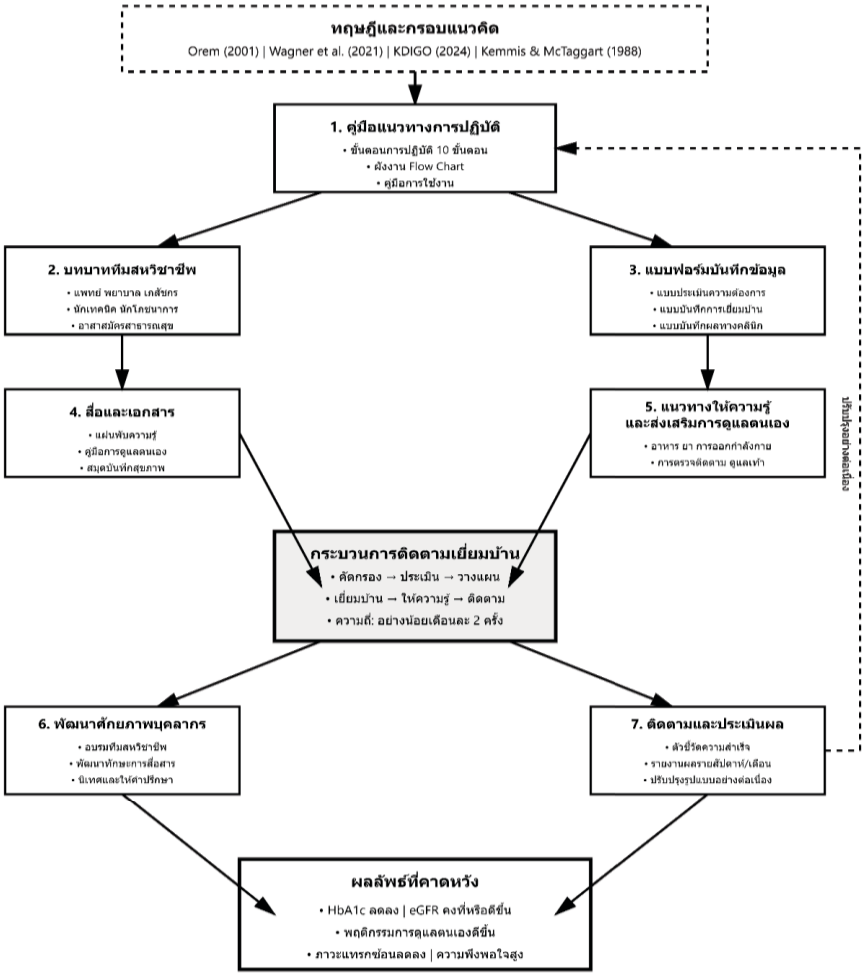
ตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) การศึกษาบริบทและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ การศึกษาบริบทและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จากการศึกษาบริบทและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ สามารถสรุปได้ว่า ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นปัญหาที่มีสาเหตุซับซ้อนและหลากหลาย ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และบุคลากร ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคที่ไม่ได้ผลมากที่สุดคือ การขาดความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการขาดเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รองลงมาคือ การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ไม่เป็นระบบ และการขาดความรู้ทักษะของบุคลากรและผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุมาก มีข้อจำกัดหลายด้าน มีรายได้น้อย และมีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค ระบบการดูแลที่มีอยู่เดิมยังขาดความต่อเนื่อง การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ การติดตามผู้ขาดนัดล่าช้า และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เหมาะสม การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ สามารถสรุปได้ 6 ประเด็นหลัก ดังแสดงในตาราง 4.2 ประเด็นแรก คือ ด้านความต่อเนื่องในการติดตาม พบปัญหาการขาดระบบการเยี่ยมบ้านที่เป็นมาตรฐาน การดูแลไม่ต่อเนื่อง และการติดตามผู้ขาดนัดล่าช้า จึงควรพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านที่เป็นระบบและกำหนดความถี่ที่เหมาะสม ประเด็นที่สองคือ ด้านเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติ พบปัญหาการขาดแนวทางและแบบฟอร์มมาตรฐาน ขาดสื่อและเอกสารที่เหมาะสม จึงควรพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติและแบบฟอร์มที่ครบถ้วน ประเด็นที่สามคือ ด้านการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ พบปัญหาการทำงานแยกส่วน การสื่อสารล่าช้า และบทบาทไม่ชัดเจน จึงควรพัฒนาระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ประเด็นที่สี่คือ ด้านความรู้และทักษะของบุคลากร พบปัญหาความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังจำกัดและขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษา จึงควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการและพัฒนาทักษะ ประเด็นที่ห้าคือ ด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับไตวาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม จึงควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการดูแลตนเอง และประเด็นสุดท้ายคือ ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบการขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้รับการบูรณาการ จึงควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในทั้ง 6 ประเด็นนี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง

2) การพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่พัฒนาขึ้น ขั้นสมบูรณ์ เป็นรูปแบบที่มีพื้นฐานจากการบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) กรอบแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการสำหรับโรคเรื้อรังของ Wagner et al.[8] แนวทางเวช

ปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน[4] แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (KDIGO, 2024) และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[12] (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยมี (1) คู่มือแนวทางการปฏิบัติเป็นแกนหลักที่ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติ 10 ขั้นตอนตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการประเมินผล (2) การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ 7 วิชาชีพอย่างชัดเจน และ (3) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล 4 แบบที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งทั้งสององค์ประกอบนี้เชื่อมโยงไปสู่ (4) สื่อและเอกสารประกอบการให้ความรู้ 8 ชิ้น และ (5) แนวทางการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเอง 6 ด้าน ทั้งหมดนำไปสู่กระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านที่มีความถี่อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง โดยได้รับการสนับสนุนจาก (6) แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 4 หลักสูตร และ (7) ระบบติดตามและประเมินผล 6 ตัวชี้วัด ซึ่งมีกลไกป้อนกลับ (Feedback Loop) เพื่อปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ค่า HbA1c ลดลง eGFR คงที่หรือดีขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวอยู่ในระดับสูง รูปแบบนี้เน้นการทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว และความต่อเนื่องในการดูแล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยั่งยืนและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ดังแสดงในภาพที่1



ภาพ 1 รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่พัฒนาขึ้น ขั้นสมบูรณ์

3) การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

3.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการประเมินผล จำนวน 35 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 60.00) และเพศชาย 14 คน (ร้อยละ 40.00) มีอายุเฉลี่ย 68.57 ปี (SD=5.42, Min=60, Max=82) โดยอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 57.14) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส/อยู่กินด้วยกัน จำนวน 24 คน (ร้อยละ 68.57) รองลงมาเป็นหม้าย 9 คน (ร้อยละ 25.71) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา จำนวน 28 คน (ร้อยละ 80.00) ไม่ได้เรียนหนังสือ 5 คน (ร้อยละ 14.29) อาชีพปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จำนวน 22 คน (ร้อยละ 62.86) และไม่ได้ประกอบอาชีพ 9 คน (ร้อยละ 25.71) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,000-5,000 บาท จำนวน 18 คน (ร้อยละ 51.43) และน้อยกว่า 3,000 บาท 12 คน (ร้อยละ 34.29) ผู้อยู่อาศัยร่วมบ้านส่วนใหญ่อยู่กับบุตร/หลาน จำนวน 19 คน (ร้อยละ 54.29) อยู่กับคู่สมรส 13 คน (ร้อยละ 37.14) ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลาน จำนวน 21 คน (ร้อยละ 60.00) คู่สมรส 10 คน (ร้อยละ 28.57) และดูแลตนเองได้ 4 คน (ร้อยละ 11.43) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.23 ปี (SD=4.68) ระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะไตวายเรื้อรังเฉลี่ย 2.85 ปี (SD=1.92) ระยะของภาวะไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 3a (eGFR 45-59) จำนวน 23 คน (ร้อยละ 65.71) โรคประจำตัวอื่นที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง 32 คน (ร้อยละ 91.43) ไขมันในเลือดสูง 28 คน (ร้อยละ 80.00) ยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นยารับประทาน 27 คน (ร้อยละ 77.14) ประวัติการรักษาส่วนใหญ่รักษาอย่างต่อเนื่อง 29 คน (ร้อยละ 82.86) ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลเฉลี่ย 4.12 กิโลเมตร (SD=2.35) การเดินทางไปรับการรักษาส่วนใหญ่มีญาติพาไป 23 คน (ร้อยละ 65.71) และประสบการณ์การเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เคยได้รับปีละ 1-2 ครั้ง 18 คน (ร้อยละ 51.43) และไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้าน 12 คน (ร้อยละ 34.29) ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุวัยต้นที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย มีโรคประจำตัวหลายโรค และมีประสบการณ์การเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพจำกัด

3.2) ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรังก่อนและหลังการใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรังของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า คะแนนความรู้โดยรวมหลังการใช้รูปแบบ (คะแนนเฉลี่ย 22.31, SD=1.58, คิดเป็นร้อยละ 89.24) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (คะแนนเฉลี่ย 14.86, SD=2.45, คิดเป็นร้อยละ 59.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=19.24, p<.001) โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.45 คะแนน (SD=2.29) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.80 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (10 ข้อ) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (8.94, SD=0.73, คิดเป็นร้อยละ 89.40) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (6.23, SD=1.38, คิดเป็นร้อยละ 62.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=12.67, p<.001) คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.71 คะแนน ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไตวายเรื้อรัง (10 ข้อ) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (8.77, SD=0.84, คิดเป็นร้อยละ 87.70) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (5.09, SD=1.54, คิดเป็นร้อยละ 50.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=15.89, p<.001) คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.68 คะแนน และด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (5 ข้อ) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (4.60, SD=0.50, คิดเป็นร้อยละ 92.00) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (3.54, SD=0.85, คิดเป็นร้อย

ละ 70.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.45, p<.001) คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.06 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 19 เกี่ยวกับการรับประทานยาแก้ปวดชนิด NSAIDs อาจทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น (เพิ่มขึ้นร้อยละ 68.57) ข้อที่ 15 เกี่ยวกับการจำกัดโปรตีนจากเนื้อสัตว์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 62.86) และข้อที่ 13 เกี่ยวกับค่า eGFR ของไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 60.00)

3.3) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังการใช้รูปแบบ (คะแนนเฉลี่ย 109.43, SD=8.56, คิดเป็นร้อยละ 84.18) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (คะแนนเฉลี่ย 78.29, SD=10.24, คิดเป็นร้อยละ 60.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=18.92, p<.001) โดยคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 31.14 คะแนน (SD=9.74) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.96 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร (6 ข้อ, คะแนนเต็ม 30) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (25.14, SD=2.43, คิดเป็นร้อยละ 83.80) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (18.06, SD=3.15, คิดเป็นร้อยละ 60.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=14.35, p<.001) คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.08 คะแนน ด้านการออกกำลังกาย (4 ข้อ, คะแนนเต็ม 20) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (16.89, SD=1.85, คิดเป็นร้อยละ 84.45) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (11.43, SD=2.54, คิดเป็นร้อยละ 57.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=13.89, p<.001) คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.46 คะแนน ด้านการรับประทานยา (5 ข้อ, คะแนนเต็ม 25) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (21.37, SD=2.12, คิดเป็นร้อยละ 85.48) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (16.71, SD=2.68, คิดเป็นร้อยละ 66.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=10.94, p<.001) คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.66 คะแนน ด้านการตรวจติดตาม (5 ข้อ, คะแนนเต็ม 25) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (20.74, SD=2.35, คิดเป็นร้อยละ 82.96) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (14.00, SD=3.12, คิดเป็นร้อยละ 56.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=13.67, p<.001) คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.74 คะแนน ด้านการดูแลเท้า (3 ข้อ, คะแนนเต็ม 15) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (12.69, SD=1.45, คิดเป็นร้อยละ 84.60) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (9.14, SD=1.89, คิดเป็นร้อยละ 60.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.78, p<.001) คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.55 คะแนน และด้านการจัดการความเครียด (3 ข้อ, คะแนนเต็ม 15) คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (12.60, SD=1.52, คิดเป็นร้อยละ 84.00) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (8.95, SD=2.06, คิดเป็นร้อยละ 59.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.23, p<.001)

3.4) ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวชี้วัด ด้านการควบคุมน้ำตาลในเลือด พบว่า ค่า HbA1c เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (7.24%, SD=0.68) ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (8.45%, SD=0.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.94, p<.001) โดยลดลงเฉลี่ย 1.21% (SD=0.80) และเมื่อพิจารณาเป็นรายคน พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่า HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 7.00 เพิ่มขึ้นจาก 8 คน (ร้อยละ 22.86) เป็น 18 คน (ร้อยละ 51.43) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (138.57 mg/dL, SD=28.45) ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (165.23 mg/dL, SD=35.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.67, p<.001) โดยลดลงเฉลี่ย 26.66 mg/dL น้ำหนักตัวเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (61.43 kg, SD=9.85) ลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบ (63.28 kg, SD=10.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.45, p=.002) โดยลดลงเฉลี่ย 1.85 kg ค่าดัชนี

มวลกาย (BMI) เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (24.87 kg/m², SD=3.24) ลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบ (25.62 kg/m², SD=3.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.98, p=.005) และความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ด้านการทำงานของไต พบว่า ค่าครีอาตินินในเลือดเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (1.48 mg/dL, SD=0.32) ไม่แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบ (1.52 mg/dL, SD=0.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.23, p=.228) ค่า eGFR เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (48.26 mL/min/1.73m², SD=7.84) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (46.71 mL/min/1.73m², SD=8.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.15, p=.039) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.55 mL/min/1.73m² และเมื่อพิจารณาระยะของภาวะไตวายเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะที่ 3a (eGFR 45-59) เพิ่มขึ้นจาก 23 คน (ร้อยละ 65.71) เป็น 27 คน (ร้อยละ 77.14) ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในระยะที่ 3b (eGFR 30-44) ลดลงจาก 12 คน (ร้อยละ 34.29) เป็น 8 คน (ร้อยละ 22.86) แสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุ 4 คน (ร้อยละ 11.43) ที่มีการทำงานของไตดีขึ้นจากระยะ 3b เป็น 3a อัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอาตินินในปัสสาวะ (UACR) เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ (142.35 mg/g, SD=68.45) ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (178.26 mg/g, SD=82.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.12, p=.004) ด้านค่าทางห้องปฏิบัติการอื่น พบว่า คอเลสเตอรอลรวม LDL และไตรกลีเซอไรด์มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ HDL มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้านการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดครบทุกครั้ง (3 ครั้งใน 3 เดือน) เพิ่มขึ้นจาก 24 คน (ร้อยละ 68.57) เป็น 33 คน (ร้อยละ 94.29) การขาดนัดลดลงจาก 11 คน (ร้อยละ 31.43) เป็น 2 คน (ร้อยละ 5.71) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนลดลงจาก 7 ครั้ง (7 คน) ก่อนการใช้รูปแบบ เหลือเพียง 1 ครั้ง (1 คน) หลังการใช้รูปแบบ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรักษาการทำงานของไตให้คงที่หรือดีขึ้น และการลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ (n=35)

ตัวชี้วัดทางคลินิก	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ข้อมูลการควบคุมน้ำตาลในเลือด						
น้ำหนักตัว (กก.)	63.28	10.12	61.43	9.85	3.45	.002
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม²)	25.62	3.38	24.87	3.24	2.98	.005
ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	138.57	12.45	132.29	10.68	4.41	<.001
ความดันไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	82.86	8.34	78.57	7.12	4.12	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (มก./ดล.)	165.23	35.68	138.57	28.45	5.67	<.001
HbA1c (%)	8.45	0.92	7.24	0.68	8.94	<.001
- HbA1c < 7.0% (คน, %)	8 (22.86%)		18 (51.43%)			
ข้อมูลการทำงานของไต						
ครีอาตินินในเลือด (มก./ดล.)	1.52	0.35	1.48	0.32	1.23	.228
eGFR (มล./นาที/1.73 ม²)	46.71	8.12	48.26	7.84	2.15	.039
- ระยะ 3a (eGFR 45-59) (คน, %)	23 (65.71%)		27 (77.14%)			
- ระยะ 3b (eGFR 30-44) (คน, %)	12 (34.29%)		8 (22.86%)			
อัลบูมินในปัสสาวะ (มก./ดล.)	48.35	18.24	42.17	16.45	2.96	.006

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ (n=35)

ตัวชี้วัดทางคลินิก	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
UACR (มก./ก.)	178.26	82.34	142.35	68.45	3.12	.004
ข้อมูลค่าทางห้องปฏิบัติการอื่น						
คอเลสเตอรอลรวม (มก./ดล.)	218.43	38.56	198.71	32.45	4.12	<.001
LDL Cholesterol (มก./ดล.)	142.57	32.48	125.89	28.67	4.02	<.001
HDL Cholesterol (มก./ดล.)	42.86	8.45	46.14	7.92	3.01	.005
ไตรกลีเซอไรด์ (มก./ดล.)	198.34	58.67	168.23	48.54	4.21	<.001
ข้อมูลการรักษา (3 เดือน)						
มาตรวจตามนัดครบ (คน, %)	24 (68.57%)		33 (94.29%)			
ขาดนัด (คน, %)	11 (31.43%)		2 (5.71%)			
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง)	7		1			

3.5) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.58 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (SD=0.35, คิดเป็นร้อยละ 91.60) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบุคลากร (5 ข้อ) มีคะแนนเฉลี่ย 4.74 (SD=0.28, คิดเป็นร้อยละ 94.80) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยผู้สูงอายุและครอบครัวพึงพอใจมากที่สุดในข้อที่ 5 เจ้าหน้าที่เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว (คะแนนเฉลี่ย 4.83) และข้อที่ 4 เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี (คะแนนเฉลี่ย 4.80) ด้านการให้บริการ (6 ข้อ) มีคะแนนเฉลี่ย 4.62 (SD=0.32, คิดเป็นร้อยละ 92.40) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยผู้สูงอายุและครอบครัวพึงพอใจมากที่สุดในข้อที่ 11 มีการติดตามผลและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง (คะแนนเฉลี่ย 4.71) และข้อที่ 10 การให้ความรู้และคำแนะนำเข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติได้จริง (คะแนนเฉลี่ย 4.69) ด้านเนื้อหาและสื่อ (4 ข้อ) มีคะแนนเฉลี่ย 4.56 (SD=0.38, คิดเป็นร้อยละ 91.20) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยผู้สูงอายุและครอบครัวพึงพอใจมากที่สุดในข้อที่ 15 สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (คะแนนเฉลี่ย 4.66) และข้อที่ 13 สื่อและเอกสารที่ใช้ประกอบมีความเหมาะสมและเข้าใจง่าย (คะแนนเฉลี่ย 4.60) และด้านผลลัพธ์ (5 ข้อ) มีคะแนนเฉลี่ย 4.41 (SD=0.42, คิดเป็นร้อยละ 88.20) อยู่ในระดับมาก โดยผู้สูงอายุและครอบครัวพึงพอใจมากที่สุดในข้อที่ 16 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 4.54) และข้อที่ 20 โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการได้รับการเยี่ยมบ้าน (คะแนนเฉลี่ย 4.51) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุและครอบครัวให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องหลังจากโครงการสิ้นสุด ต้องการให้มีกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ และต้องการให้มีสื่อวิดีโอสาธิตเพิ่มเติมในเรื่องการปรุงอาหารที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านในระดับสูงมาก โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อบุคลากรที่

ให้บริการด้วยความเอาใจใส่และเข้าใจปัญหา การให้บริการที่ต่อเนื่อง และการให้ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

สรุปและอภิปรายผล

บริบทและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จากการศึกษาบริบทและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีสูง มีอัตราการขาดนัดตรวจสูง และมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะไตวายเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล อุทธิยา และคณะ[13] ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีทั้งโรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรังต้องเผชิญกับความซับซ้อนในการดูแลตนเองที่มากกว่า ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้านพร้อมกัน และมีข้อจำกัดทางโภชนาการที่ซับซ้อนกว่า ปัญหาหลักที่สำคัญคือการขาดความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมบ้าน การขาดเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ไม่เป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของกรณัฏฐ์ ชุมภูศรี และคณะ[14] ที่ระบุว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนยังขาดความเป็นระบบและการบูรณาการ การเยี่ยมบ้านที่ดำเนินการในปัจจุบันเป็นไปตามประสบการณ์และวิจารณญาณของบุคลากรแต่ละคน ไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pamungkas และคณะ[10] ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านที่ไม่สม่ำเสมอส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามที่เหมาะสม การขาดเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ บุคลากรระบุว่าไม่แน่ใจว่าควรประเมินหรือให้คำแนะนำในเรื่องใดบ้าง โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะไตวายเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เพ็ชรเจริญ และคณะ[15] ที่พบว่าการขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนส่งผลให้การดูแลไม่สม่ำเสมอและไม่ครบถ้วน การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ไม่เป็นระบบเป็นปัญหาที่สำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการสำหรับโรคเรื้อรังของ Wagner และคณะ[8] ที่เน้นความสำคัญของการทำงานเป็นทีมและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุดยังไม่ได้รับการบูรณาการเข้ามาในทีมอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติชัย เกิดพันธ์ และคณะ[16] ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จากการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่ประกอบด้วยเจ็ดองค์ประกอบหลัก ได้แก่ คู่มือแนวทางการปฏิบัติ การกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล สื่อและเอกสาร แนวทางการให้ความรู้ แผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร และระบบติดตามประเมินผล สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[6] ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการสำหรับโรคเรื้อรังของ Wagner และคณะ[8] ที่เน้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การบูรณาการทฤษฎีและแนวคิดหลายแนวทางทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีพื้นฐานทางวิชาการที่เข้มแข็งและครอบคลุมทุกมิติของการดูแล คู่มือแนวทางการปฏิบัติที่ครอบคลุมสิบขั้นตอนตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการประเมินผลเป็นแกนหลักของรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของละมัย หงษา และธิดารัตน์ อุทก[17] ที่พบว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น การกำหนดความถี่ในการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละสองครั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pamungkas และคณะ[10] ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านที่มีความถี่เพียงพอ

ช่วยให้สามารถติดตามและแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพเจ็ดวิชาชีพอย่างชัดเจนและการจัดประชุมทีมทุกสัปดาห์เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน สอดคล้องกับการศึกษาของกรณัฏฐ์ ชุมภูศรี และคณะ[14] ที่เน้นความสำคัญของการทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ การบูรณาการอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นจุดเด่นที่สำคัญของรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เพ็ชรเจริญ และคณะ[15] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลสี่แบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การดูแลเป็นระบบและสามารถติดตามประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ[18] ที่เน้นความสำคัญของการบันทึกและติดตามข้อมูลอย่างเป็นระบบ สื่อและเอกสารแปดชิ้นที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับระดับการศึกษาและวัยของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติชัย เกิดพันธ์ และคณะ[16] ที่พบว่าสื่อที่เหมาะสมช่วยเพิ่มความเข้าใจและการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ แนวทางการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองหกด้านครอบคลุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การตรวจติดตาม การดูแลเท้า และการจัดการความเครียด สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[6] ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุม เป็นระบบ มีพื้นฐานทางทฤษฎีที่เข้มแข็ง และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรังพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามด้าน โดยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไตวายเรื้อรังมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติชัย เกิดพันธ์ และคณะ[16] ที่พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไตวายเรื้อรังน้อยมาก จึงมีพื้นที่สำหรับการพัฒนามาก การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านเดือนละสองครั้ง การใช้สื่อและเอกสารที่เหมาะสม และการทบทวนทุกครั้งช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และจดจำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของละมัย หงษา และธิดารัตน์ อุทก[17] ที่พบว่าการให้ความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจของผู้สูงอายุ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือด้านการตรวจติดตามและด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล อุทธิยา และคณะ[13] และกรณัฏฐ์ ชุมภูศรี และคณะ[14] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเอง การให้ความรู้และสาธิตให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามจริง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[6] และการศึกษาของ Silva และคณะ[19] ที่พบว่าความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าผู้สูงอายุมีค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เพ็ชรเจริญ และคณะ[15] และ Han และคณะ[9] ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านส่งผลให้ระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การลดลงของ HbA1c เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ค่า eGFR เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของการทำงาน

ของไตหรือทำให้การทำงานของไตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Silva และคณะ[19] ที่พบว่า eGFR คงที่แสดงว่าไม่มีการเสื่อมของหน้าที่ไต และการศึกษาของ Zhang และคณะ[20] ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยชะลอการเสื่อมของหน้าที่ไต ผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดครบทุกครั้งเพิ่มขึ้นอย่างมาก การขาดนัดลดลง และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ[18] ที่พบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เนื่องจากการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สามารถติดตามอาการและแก้ไขปัญหาได้ตั้งแต่เริ่มต้น ก่อนที่จะทวีความรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การมีอาสาสมัครสาธารณสุขเตือนการมาตรวจตามนัดและติดตามผู้ขาดนัดภายในเจ็ดวันช่วยเพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัด ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อบุคลากรที่ให้บริการด้วยความเอาใจใส่และเข้าใจปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Silva และคณะ[19] ที่พบว่าการให้การดูแลแบบองค์รวมช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1) การเตรียมความพร้อม ควรจัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้บริหาร ศึกษาบริบทของพื้นที่และระบุปัญหาเฉพาะ สำรวจทรัพยากรและศักยภาพของบุคลากร วิเคราะห์ความพร้อมของระบบการดูแล ศึกษาลักษณะและจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ทบทวนนโยบายและแนวปฏิบัติปัจจุบัน วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค และปรับองค์ประกอบของรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของพื้นที่

2) การจัดตั้งคณะทำงาน ควรจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังประกอบด้วยตัวแทนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน สร้างระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง สร้างแรงจูงใจและยกย่องเชิดชูเกียรติผู้มีผลงานดีเด่น พัฒนาคู่มือการใช้งานที่ครบถ้วนและเข้าใจง่าย พัฒนาพี่เลี้ยงเพื่อช่วยเหลือบุคลากรใหม่ และสร้างกลไกการสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ

3) การพัฒนาเครื่องมือและระบบ ควรจัดทำแบบฟอร์มการบันทึกที่ชัดเจนและใช้งานง่าย พัฒนาคู่มือการใช้แบบฟอร์มพร้อมตัวอย่าง จัดทำ Checklist สำหรับตรวจสอบความครบถ้วน จัดเตรียมสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย พัฒนาระบบการบันทึกและเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน จัดทำกรณีศึกษาเพื่อใช้เป็นตัวอย่าง สร้างระบบการรายงานปัญหาที่รวดเร็ว พัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการแจ้งเตือนหากมีทรัพยากรและสร้างระบบสำรองข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สาธารณสุขอำเภอจัตตุรัส ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษาให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลจัตตุรัส โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยวัณโรคที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.Magliano DJ, Boyko EJ, IDF Diabetes Atlas Committee. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025.

2.GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2020;395(10225):709-33.

3.กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติผู้ป่วยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmthai.org/

5.กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

6.Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2001.

7.Klainin P, Ounnapiruk L. A meta-analysis of self-care behavior research on elders in Thailand: An update. Nurs Sci Q. 2010;23(2):156-63.

8.Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, Vonkorff M. Finding common ground: Patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. J Altern Complement Med. 2021;11(Suppl. 1):S7-15.

9.Han M, Zhang H, Wang C, Liu Y, Jia Y, Guo L. Are home visits an effective method for diabetes management? A quantitative systematic review and meta-analysis. J Diabetes Investig. 2017;8(5):701-8.

10. Pamungkas RA, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. The effect of care provided at home by public health nurse on control of type II diabetes mellitus. Int J Caring Sci. 2021;14(2):1161-70.

11. จรูญ บุญธกานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):189-203.

12. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.

13. ทักษพร ฝอดสูงเนิน. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

14. พิกุล อุทธิยา, สุนทรี พันธุมะรัตน์, วรางคณา ชัยชนะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนของผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2567;11(1):89-102.

15.กรณัฏฐ์ ชุมภูศรี, ศิริพร พรมแสง, ชลธิชา จุลศิริ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(1):24-36.

16.ศิริพร เพ็ชรเจริญ, จุฑารัตน์ ประสิทธิ์ชัยสิทธิ์, สุดารัตน์ อักษรนันท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):115-28.

17. กิตติชัย เกิดพันธ์, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, จีราภรณ์ กรรมบุตร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2568;35(2):32-48.

18. ละมัย หงษา, ธิดารัตน์ อุทก. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(3):256-67.

19. Li X, Wang Y, Chen S, Liu J, Zhang M. Effectiveness of smartphone application-based diabetes self-management education among patients with type 2 diabetes mellitus in community. J Med Internet Res. 2024;26(3):e45678.

20. Silva MB, Santos JC, Oliveira RS, Costa AL, Ferreira PM. Nurse-led intervention program for elderly patients with diabetes: Impact on quality of life and metabolic control. Int J Nurs Stud. 2023;145:104523.

21. Zhang W, Liu H, Wang L, Chen Y, Zhao X, Li M. Impact of social support on glycemic control and kidney function in elderly patients with type 2 diabetes mellitus: A longitudinal study. BMC Geriatr. 2024;24(1):156.างอิง

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

"Organizational Participatory in Holistic Health Risk Management Model for enhancing Elderly Quality of Life in Nakhon Si Thammarat Province"

(Received: June 4,2026 ; Revised: June 11,2026 ; Accepted: June 23,2026)

วจินี จงจิตร[1] สุภาวรรณ แพรกทอง[2] นพมาศ โกศล[1]
Wajinee Jongjit[1] Supawan Praktong[2] Noppamas Koson

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี ดำเนินการ 3 ระยะใน 4 อำเภอ 4 โซน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 126 คน เครื่องมือได้แก่ โปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) แบบประเมินความเสี่ยง 9 ด้าน และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา McNemar Test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบปัญหาอุปสรรค 5 ด้าน นำสู่การพัฒนาโปรแกรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ประสิทธิผลพบว่าลดความเสี่ยงด้านความคิดความจำ โภชนาการ การมองเห็น และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .01$

คำสำคัญ: การจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, กระบวนการมีส่วนร่วม,

Abstract

This study aimed to develop a holistic health risk management program the NAKHONSI Model for community-dwelling older adults in Nakhon Si Thammarat Province. This study was Participatory Action Research (PAR) combined with mixed methods was employed across four districts; 126 older adults participated. Instruments included the NAKHONSI Model program, a nine-domain health risk screening tool, and the WHOQOL-BREF-THAI scale.

Results: Five barriers were identified and addressed through participatory development. The program significantly reduced cognitive ($p < .001$), nutritional ($p < .001$), vision ($p = .008$), and depression risks ($p = .008$) and improved all quality-of-life domains ($p < .001$).

Keywords: Holistic health risk management, Elderly, Quality of life, Participatory process

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) อย่างรวดเร็ว ข้อมูลปี 2565 พบประชากรสูงอายุ 12.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.04 ของประชากรทั้งหมด[1] คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 36.2 ในปี 2583 [2] ส่งผลให้อัตราส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นต่อประชากรวัยทำงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และก่อให้เกิดภาระต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 21.8

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

[2] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ส่งผลโดยตรงต่อภาระงบประมาณสาธารณสุขในพื้นที่[9] ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีความซับซ้อนครอบคลุม 9 ด้านหลักตามกรอบการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหว โภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลั้นปัสสาวะ กิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก[6] อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชมีผู้สูงอายุได้รับ การคัดกรองครบทั้ง 9 ด้านเพียงร้อยละ 42.3 เท่านั้น [10] นอกจากนี้ ระบบฐานข้อมูลยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงกระจัดกระจายอยู่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยไม่สามารถเชื่อมโยงเพื่อวางแผนดูแลรายบุคคล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังขาดโปรแกรมป้องกันแบบหลายมิติ (Multidomain Prevention) ที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติ การดูแลผู้สูงอายุแบบ Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 14 และลดการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำได้ร้อยละ 25[11] โปรแกรมป้องกันแบบหลายมิติ เช่น FINGER Trial และ MAPT ยืนยันว่าการจัดการพร้อมกันในหลายด้าน ทั้งการออกกำลังกาย โภชนาการ การฝึกสมอง และการมีส่วนร่วมทางสังคม สามารถชะลอการเสื่อมของความจำได้ร้อยละ 40 และลดความเสี่ยงหกล้มร้อยละ 32[12] นอกจากนี้ ภาระงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละร้อยละ 7-10 โดยต้นทุนการดูแลต่อคนสูงถึง 422,200 บาทต่อปี การลงทุนในโปรแกรมเชิงป้องกันจึงมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพสูงมาก[4]

ในบริบทของประเทศไทยและพื้นที่ภาคใต้ โกศลและคณะ พบว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดอัตราความเสื่อมถอยของสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ[3] ยะโกะและคณะ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลโดยตรงต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด และการป้องกันการหกล้ม[7] ขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาระบุว่าการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเจตคติส่วนบุคคลยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้โปรแกรมสำเร็จรูปจากส่วนกลางมักไม่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น[8]

คณะวิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) อ้างอิงกรอบแนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลก[11] และการคัดกรอง 9 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข[6] โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างครอบคลุม ยั่งยืน และขยายผลได้ในระดับประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพ แบบองค์รวม (NAKHONSI Model) จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed Methods) ดำเนินการใน 4 อำเภอ 4 โซนของจังหวัดนครศรีธรรมราช ระยะเวลารวม 6 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้วยการ

สัมภาษณ์เชิงลึก (2) พัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) โดยกระบวนการมีส่วนร่วม และ (3) ประเมินประสิทธิผล พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อขยายผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 23 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอถ้ำพรรณรา อำเภอพรหมคีรี อำเภอพิปูน อำเภอฉวาง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ อำเภอทุ่งใหญ่ อำเภอจุฬาภรณ์ อำเภอท่าศาลา อำเภอร่อนพิบูลย์ อำเภอทุ่งสง อำเภอเชียรใหญ่ อำเภอชะอวด อำเภอลานสกา อำเภอปากพนัง อำเภอหัวไทร อำเภอขนอม อำเภอช้างกลาง อำเภอนาบอน อำเภอบางขัน อำเภอพระพรหม อำเภอนบพิตำ และอำเภอสิชล จำนวนทั้งหมด 279,145 คน (ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในระบบฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568) ซึ่งแบ่งพื้นที่เป็น 4 โซนตามลักษณะภูมิศาสตร์ รวมทั้งหมด 33,374 คน โดยสุ่มโซนละ 1 อำเภอเป็นพื้นที่ตัวแทน ได้แก่ โซนเล (อ.หัวไทร) โซนนา (อ.จุฬาภรณ์) โซนเขา (อ.ทุ่งสง) และโซนป่า (อ.ลานสกา)

กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 126 คน จาก 4 โซน สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โซนละ 30-36 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ ≥ 6 เดือน ไม่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง เดินได้ด้วยตนเอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ครอบคลุมการจัดการความเสี่ยง 9 ด้าน โดยกิจกรรมออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้

2. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการผ่าน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคืนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน (Community Diagnosis Forum): นำผลการสัมภาษณ์เชิงลึกคืนสู่ชุมชนผ่านเวทีประชาคมใน 4 โซน ร่วมกับผู้สูงอายุแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน รวม 80 คน เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาต้นทุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมร่วมกัน (Co-design Workshop): จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตท้องถิ่น เช่น รำไม้พลอง ฤาษีดัดตน และเมนูอาหารท้องถิ่น ตั้งชื่อย่อ NAKHONSI: N=Nutrition, A=Activity, K=Keen Mind, H=Happiness, O=Organization, N=No Fall, S=Safety, I=Integration

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้นำร่องและปรับปรุง (Pilot Testing): ทดลองใช้กับผู้สูงอายุอาสาสมัคร 20 คน ก่อนนำผลประเมินมาปรับปรุงเนื้อหา ระยะเวลา วิธีการสื่อสาร และอุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินโปรแกรมจริงและติดตามผล (Full Implementation): ดำเนินโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) ใน 4 อำเภอพร้อมกัน แบ่งเป็น 8 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2569 โดยมีบุคลากรสาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำกิจกรรมพร้อมระบบติดตามผลรายสัปดาห์

3. แบบประเมินความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

4. แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับมาตรฐานภาษาไทย วัด 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกายจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

6. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม มาตรวัด Likert 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย) การทดสอบ McNemar Test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลแบบจับคู่หรือกลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่วัดซ้ำ 2 ครั้ง (ก่อน-หลัง) โดยมีผลลัพธ์เป็น 2กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง /ไม่เสี่ยง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม สถิติทดสอบ Paired t-test (ตรวจสอบแล้วคะแนนผลต่างมีการแจกแจงแบบปรกติ) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เจาะลึก ดำเนินการรวม 9 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์จนถึงการติดตามผลระยะยาวในเดือนที่ 3 และ 6

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามมาตรฐานสากล ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองที่ 210/2568 รหัส NSTPH 210/2568 วันที่ 25 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

1. ปัญหาอุปสรรคการจัดการความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบปัญหาอุปสรรคสำคัญ 5 ด้าน ดังนี้

- ด้านระบบข้อมูลและการคัดกรอง: ฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงกระจัดกระจายระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครบเพียงร้อยละ 42.3 การประเมินความเสี่ยงทำเพียงเพื่อตัวชี้วัดโดยไม่นำผลมาวางแผนดูแลรายบุคคล

- ด้านการบริหารจัดการและทรัพยากร: งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลติดขัดจากข้อจำกัดกฎหมาย หน่วยงานต่างทำโครงการแยกส่วนขาดแผนสุขภาพชุมชนระยะยาว

- ด้านกำลังคนและกลไกในชุมชน: ภาระงานอาสาสมัครสาธารณสุขล้นมือ ผู้บริบาลชุมชนมีจำกัด ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เริ่มมีความเสี่ยงตกหล่นไม่ได้รับการจัดการก่อนป่วยหนัก

- ด้านการวิเคราะห์และติดตามผล: การประเมินผลเน้นเชิงปริมาณ ขาดการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ขาดระบบส่งต่อข้อมูลย้อนกลับที่รวดเร็ว

- ด้านโปรแกรม: โปรแกรมสำเร็จรูปจากส่วนกลางยากเกินไป ไม่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมภาคใต้ มีอุปสรรคด้านดิจิทัล (Digital Divide) และรูปแบบกิจกรรมขาดความน่าสนใจ

2. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการผ่าน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคืนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน (Community Diagnosis Forum): นำผลการสัมภาษณ์เชิงลึกคืนสู่ชุมชนผ่านเวทีประชาคมใน 4 โซน ร่วมกับผู้สูงอายุแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน รวม 80 คน เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาต้นทุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมร่วมกัน (Co-design Workshop): จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตท้องถิ่น เช่น รำไม้พลอง ฤาษีดัดตน และเมนูอาหารท้องถิ่น ตั้งชื่อย่อ NAKHONSI: N=Nutrition, A=Activity, K=Keen Mind, H=Happiness, O=Organization, N=No Fall, S=Safety, I=Integration

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้นำร่องและปรับปรุง (Pilot Testing): ทดลองใช้กับผู้สูงอายุอาสาสมัคร 20 คน ก่อนนำผลประเมินมาปรับปรุงเนื้อหา ระยะเวลา วิธีการสื่อสาร และอุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินโปรแกรมจริงและติดตามผล (Full Implementation): ดำเนินโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) ใน 4 อำเภอพร้อมกัน แบ่งเป็น 8 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2569 โดยมีบุคลากรสาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำกิจกรรมพร้อมระบบติดตามผลรายสัปดาห์

3. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 126 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 94.4) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 53.2) อายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 38.9) และอายุ 80-90 ปี (ร้อยละ 7.9) โดยมาจากโซนเขา (อ.ทุ่งสง) 36 คน (ร้อยละ 28.6) และจากโซนเล โซนนา โซนป่า โซนละ 30 คน (ร้อยละ 23.8 ต่อโซน)

4.ประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) ต่อความเสี่ยงสุขภาพ 9 ด้าน

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงสุขภาพ 9 ด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=126)

ความเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุ			หลัง						
			ไม่เสี่ยง		เสี่ยง		รวมทั้งหมด		p-value
			n	%	n	%	n	%	
ความเสี่ยงด้านความคิดความจำ	ก่อน	ไม่เสี่ยง	102	83.6%	0	0.0%	102	81.0%	0.000*
		เสี่ยง	20	16.4%	4	100.0%	24	19.0%	
ความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว	ก่อน	ไม่เสี่ยง	122	100.0%	0	0.0%	122	96.8%	1.00
		เสี่ยง	0	0.0%	4	100.0%	4	3.2%	
ความเสี่ยงด้านขาดสารอาหาร	ก่อน	ไม่เสี่ยง	83	74.1%	0	0.0%	83	65.9%	<0.001*
		เสี่ยง	29	25.9%	14	100.0%	43	34.1%	
ความเสี่ยงด้านการมองเห็น	ก่อน	ไม่เสี่ยง	114	93.4%	0	0.0%	114	90.5%	0.008*
		เสี่ยง	8	6.6%	4	100.0%	12	9.5%	
ความเสี่ยงด้านการได้ยิน	ก่อน	ไม่เสี่ยง	118	100.0%	0	0.0%	118	93.7%	1.00
		เสี่ยง	0	0.0%	8	100.0%	8	6.3%	
ความเสี่ยงด้านซึมเศร้า 2 Q	ก่อน	ไม่เสี่ยง	114	93.4%	0	0.0%	114	90.5%	0.008*
		เสี่ยง	8	6.6%	4	100.0%	12	9.5%	
ความเสี่ยงด้านการกลั้นปัสสาวะ	ก่อน	ไม่เสี่ยง	106	100.0%	0	0.0%	106	84.1%	1.00
		เสี่ยง	0	0.0%	20	100.0%	20	15.9%	
ความเสี่ยงด้านสุขภาพในช่องปาก	ก่อน	ไม่เสี่ยง	36	28.60%	0	0%	36	28.60%	NA
		เสี่ยง	90	71.40%	0	0.0%	90	71.40%	

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ทดสอบด้วยสถิติ McNemar test,
NA ไม่สามารถคำนวณค่า Test , 7.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนไม่เสี่ยง 100% และหลัง ไม่เสี่ยง 100%

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความเสี่ยง 9 ด้านของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ($p < .001$) โดยจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงจาก 24 คน (19.0%) เหลือ 4 คน (3.2%), ความเสี่ยงด้านขาดสารอาหาร ($p < .001$) โดยผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงจาก 43 คน (34.1%) เหลือ 14 คน (11.1%), ความเสี่ยงด้านการมองเห็น ($p = .008$) โดยผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงจาก 12 คน (9.5%) เหลือ 4 คน (3.2%) และความเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้า 2Q ($p = .008$) โดยผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงจาก 12 คน (9.5%) เหลือ 4 คน (3.2%)

ในขณะที่ความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว ($p = 1.00$) และความเสี่ยงด้านการได้ยิน ($p = 1.00$) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงในด้านดังกล่าวตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่แล้ว

สำหรับความเสี่ยงด้านการกลั้นปัสสาวะ พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีความเสี่ยงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและยังคงไม่มีความเสี่ยงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($p = 1.00$) ส่วนความเสี่ยงด้านสุขภาพในช่องปากไม่สามารถทดสอบความแตกต่างทางสถิติได้ (NA) เนื่องจากข้อมูลไม่มีความแปรปรวนเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรม NAKHONSI Model มีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ด้านขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น และด้านภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุก่อนและหลังร่วมโปรแกรม (n = 126)

คุณภาพชีวิต	ช่วงเวลา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	95% CI of μ_d	t-test	p-value
ด้านสุขภาพกาย	ก่อน	18.5	3.6	ปานกลาง	7.66	6.83, 8.49	18.28	0.000*
	หลัง	26.1	4.0	ดี				
ด้านจิตใจ	ก่อน	16.7	4.1	ปานกลาง	8.62	7.72, 9.51	19.06	0.000*
	หลัง	25.3	3.6	ดี				
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ก่อน	8.3	2.0	ปานกลาง	2.94	2.45, 3.42	12.05	0.000*
	หลัง	11.3	2.3	ดี				
ด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อน	22.2	5.4	ปานกลาง	10.39	9.18, 11.58	17.21	0.000*
	หลัง	32.6	4.9	ดี				
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ก่อน	65.6	15.0	ปานกลาง	29.62	26.56 , 32.69	19.04	0.000*
	หลัง	95.3	12.1	ดี				

หมายเหตุ: *p < .01 ทดสอบด้วย Paired t-test

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม NAKHONSI Model โดยใช้สถิติ Paired-samples *t* test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อน

เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน

สำหรับด้านสุขภาพกาย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 7.66 (95% CI [6.83, 8.49]) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 18.28$, $p < .001$

ด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 8.62 (95% CI [7.72, 9.51]) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 19.06$, $p < .001$

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 2.94 (95% CI [2.45, 3.42]) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 12.05$, $p < .001$

ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 10.39 (95% CI [9.18, 11.58]) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 17.21$, $p < .001$

นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 29.62 (95% CI [26.56, 32.69]) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 19.04$, $p < .001$

โดยสรุป ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรม NAKHONSI Model สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งในด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) มีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Healthy IDEAS & PEARLS Program ที่ใช้การกระตุ้นสมอง พฤติกรรมบำบัด และการให้คำปรึกษาดึงผู้สูงอายุกลับสู่กิจกรรมสังคม[13] และ WHO ICOPE Care Pathways ที่เน้นการประเมินแบบ Person-centred และการดึงผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตัดสินใจ[11] รวมถึงผลการวิจัยของโกศลและคณะที่พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเสื่อมถอยของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ[3]

การที่คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับดีในทุกมิติ สอดคล้องกับทฤษฎี Multidomain Prevention ที่ European Geriatric Medicine Network ยืนยันว่าการจัดการพร้อมกันหลายด้านให้ผลดีกว่าการจัดการเพียงมิติเดียว[12] ขณะที่ยะโกะและคณะพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลโดยตรงต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุภาคใต้[7] ความสำเร็จของโปรแกรมมาจากการออกแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้ ทำให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของโปรแกรมและ อสม. สามารถขยายผลได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทางของกรมอนามัย[6]

อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 71.4) ยังไม่ลดลง เนื่องจากต้องการการส่งต่อทันตแพทย์และการแก้ไขเชิงโครงสร้างระยะยาว สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ที่ชี้ว่าอุปสรรคด้านเจตคติส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากครอบครัวยังต้องพัฒนาควบคู่กัน[8] โปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) จึงสามารถเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกในระดับจังหวัดและขยายผลสู่ระดับประเทศได้ โดยมีต้นทุนคุ้มค่าเมื่อเทียบกับต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสูงถึง 422,200 บาทต่อคนต่อปี[4]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) บรรจุในแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดระยะ 5 ปี เป็นมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุก

2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่บูรณาการจาก รพ.สต. อบต. และ พม. เพื่อเห็นภาพรวมความเสี่ยงผู้สูงอายุในทุกมิติ

3. พัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และผู้บริบาลชุมชนให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน

4. ขยายผลโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) สู่จังหวัดอื่นในภาคใต้และระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลกระทบระยะยาว (12-24 เดือน) ต่ออัตราการเข้าโรงพยาบาลและภาวะพึ่งพิง

2. ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis) เทียบกับต้นทุน การรักษาพยาบาลระยะยาว

3. พัฒนาโปรแกรมเฉพาะสำหรับความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งพบอัตราเสี่ยงสูงร้อยละ 71.4

4. ทดลองใช้โปรแกรมในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ห่างไกล

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม; 2566.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2566.
3. Koson N, Pekalee A, Therawiwat M. Effect of dementia preventive behaviours promotion program based on health belief model among older people at risk. Dis Control J. 2025;51(2):280-92.
4. โครงการสุขภาพคนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2569.
5. กรมผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมผู้สูงอายุ; 2566.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม 9 ด้านในชุมชน. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2567.
7. ยะโกะ ม, สะมะนิ น, ดอเลาะ ร, บาโงย ว, มะแตหะ อ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. JKKPHO. 2568;7(2):e274899.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. แนวทางการคัดกรองความเสื่อมถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุในชุมชน. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา; 2566.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2568. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2568.
10. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
11. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2025.
12. European Geriatric Medicine Network. Effectiveness of the WHO ICOPE framework on intrinsic capacity domains in independent living older adults. Clin Trials Reg Europe. 2026.
13. National Council on Aging. Advancing behavioral health programs for older adults: Evidence-based interventions. Washington DC: NCOA; 2025.

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการทำแผลแบบสมัยใหม่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

Health Literacy Factor Influencing Self-Management Behaviors in Patients Receiving Modern Dressing at Mae Chan District, Chiang Rai Province

(Received: June 23,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

วรณัน ธีร์สุดาพรรณ[1] วิภาดา ศรีมันทยามาศ[2] วรวรรณ สุภาตา[1] วันเพ็ญ บุญประเสริฐ[1] ชลดา ดารายน[3]
Woranan Theesudapan[1] Vipada Srimantayamas[2] Woravan Supata[1] Wanpen Boonprasert[1] Chonlada Darayon[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผลด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่ ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 92 ราย ที่ได้รับการดูแลแผลด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่ ณ โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโครงสร้าง ประกอบด้วยแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเอง แม้ว่าข้อมูลจะไม่เป็นการแจกแจงปกติ แต่ได้ใช้สถิติพาราเมตริกเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 43.20 (SD = 8.13) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 51.49 (SD = 8.69) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .720$, $p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .720$, $p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 51.8 ($R^2 = .518$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, การดูแลแผล, วัสดุปิดแผลสมัยใหม่, การพยาบาล

Abstract

This study was survey research aimed to investigate the levels of health literacy and self-management behaviors, and to examine the relationship and predictive effect of health literacy on self-management behaviors among patients receiving modern wound dressing. Sample size were 92 patients receiving modern wound dressing at Mae Chan Hospital, Chiang Rai Province. Participants were selected using purposive sampling. Data were collected using structured questionnaires, including health literacy and self-management behavior scales. Although the data were not normally distributed, parametric tests were applied due to the adequate sample size. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and simple linear regression.

Results: The mean health literacy score was 43.20 (SD = 8.13), and the mean self-management behavior score was 51.49 (SD = 8.69). Health literacy was significantly positively correlated with self-management behaviors ($r = .720$, $p < .001$). Health literacy was also a significant predictor of self-management behaviors ($\beta = .720$, $p < .001$), explaining 51.8% of the variance ($R^2 = .518$).

Keywords: Health literacy, Self-management behavior, Wound care, Modern wound dressing, Nursing care

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ผู้ประพันบรรณกิจ: vipadasri@gmail.com
[3] พยาบาลบาดแผล ทวารเทียม และควบคุมการขับถ่าย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่จัน จ.เชียงราย

บทนำ

แผลเรื้อรังและแผลเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ รวมถึงทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง โดยเฉพาะแผลเรื้อรัง เช่น แผลเบาหวานที่เท้า แผลกดทับ และแผลหลอดเลือดดำที่ขา มักต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อให้เกิดการหายของแผลอย่างเหมาะสม[1, 2]

ความก้าวหน้าทางการดูแลแผลได้นำไปสู่การพัฒนาวัสดุปิดแผลสมัยใหม่ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ชุ่มชื้น ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเร่งกระบวนการหายของแผล เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการดูแลแผลแบบดั้งเดิม พบว่าวัสดุปิดแผลสมัยใหม่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการหายของแผลและส่งเสริมความสบายของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น[1, 3] อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการรักษาแผลไม่ได้ขึ้นอยู่กับการดูแลทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมด้วย

พฤติกรรมการจัดการตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการหายของแผล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยการดูแลแผลอย่างถูกวิธี การปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษา การเฝ้าระวังอาการของแผล และการดูแลสุขภาพโดยรวม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการหายของแผลและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษาอย่างเหมาะสมอาจส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้[4, 5]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม[6] ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมักมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดมักมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น[7] ทั้งนี้ มีหลักฐานสนับสนุนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ[8]

การศึกษาระดับนานาชาติในช่วงที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลากหลายกลุ่ม โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากกว่า และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเองและสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[7, 8]

แม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่สนับสนุนบทบาทของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์ค่อนข้างจำกัดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผลด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลแผลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังกลับบ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากแผล อย่างไรก็ตาม ยังไม่ปรากฏข้อมูลที่ชัดเจนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

รวมทั้งความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผลด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการทำแผลแบบสมัยใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการทำแผลแบบสมัยใหม่
3. เพื่อทำนายอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผลด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่

วิธีการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ที่มีแผลเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแผลแบบสมัยใหม่ ณ ห้อง wound care โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย อายุ 18 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 92 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีแผลเรื้อรังที่มารับบริการดูแลแผลแบบสมัยใหม่ ณ ห้อง wound care โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการจริง และไม่ได้มีการติดตามผลระยะยาวหรือการนัดหมายเพื่อประเมินซ้ำหลายครั้ง จึงมีความเสี่ยงต่อการสูญหายจากการติดตามค่อนข้างต่ำ

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยกำหนดให้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 92 คนเป็นจำนวนขั้นต่ำของข้อมูลที่สมบูรณ์ หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยรายใดให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ได้ ผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลรายนั้นเข้าสู่การวิเคราะห์ และจะดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกจนได้ข้อมูลสมบูรณ์ครบจำนวน 92 คน ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ที่ได้รับการใช้วัสดุปิดแผลสมัยใหม่ 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีความบกพร่องด้านการรับรู้ที่อาจส่งผลต่อการตอบแบบสอบถาม 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประเภทของแผล ระยะเวลาการเป็นแผล สิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผล

ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลแผลสมัยใหม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[6] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลแผล ใช้มาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ตั้งแต่

1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12–60 คะแนน โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลแผลสมัยใหม่ที่สูง สำหรับการแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนเท่า ๆ กัน ได้แก่ ระดับต่ำ (12–28 คะแนน) ระดับปานกลาง (29–44 คะแนน) และระดับสูง (45–60 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผลด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองและการดูแลแผล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลแผล การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลสุขภาพทั่วไป และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ใช้มาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยทำเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง ทำทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13–65 คะแนน โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (13–29 คะแนน) ระดับปานกลาง (30–45 คะแนน) และระดับดี (46–65 คะแนน)

คุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยแผล ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.97 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาที่ดี จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.94 และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าเท่ากับ 0.96 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในของข้อคำถามในเครื่องมือวัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกดูแลแผล โรงพยาบาลแม่จัน โดยผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย แบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20–30 นาทีในการตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (simple linear regression) เพื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (รหัสรับรอง CRPPHO 006/2568) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วม ทั้งนี้ได้มีการรักษาความลับและการไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมอย่างเคร่งครัดตลอดการศึกษา

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใช้วัสดุปิดแผลสมัยใหม่ โดยมีอายุเฉลี่ย 49.95 ปี (SD = 18.43) อยู่ในช่วง 18–94 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 14,220.00 บาท (SD = 12,736.89) อยู่ในช่วง 0–50,000 บาท ด้านลักษณะทั่วไปและภาวะสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 64.1 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ขณะที่ร้อยละ 35.9 มีโรค

ประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (23.91%) และโรคเบาหวาน (13.04%) นอกจากนี้ ร้อยละ 30.43 มีการดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 14.13 สูบบุหรี่

ด้านลักษณะแผล พบว่า แผลที่พบบ่อยที่สุดคือแผลจากอุบัติเหตุ (33.7%) รองลงมาคือแผลติดเชื้อทั่วไป (19.6%) และแผลเบาหวาน (15.2%) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นแผลน้อยกว่า 1 เดือน (68.5%) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเป็นแผลเท่ากับ 1.48 (SD = 0.76) ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (42.4%) รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ (34.8%) อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 45.7 เท่านั้นที่รายงานว่าสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

ในด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลแผล (96.7%) มีการสังเกตและบันทึกอาการแผล (93.5%) และหลีกเลี่ยงกิจกรรมเสี่ยง (68.5%) อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคในการดูแลแผล ได้แก่ การขาดความรู้ (57.61%) การขาดอุปกรณ์หรือวัสดุ (52.17%) และการไม่สามารถปฏิบัติการดูแลแผลได้ (17.39%) นอกจากนี้ ร้อยละ 85.9 ของผู้ป่วยแสดงความต้องการได้รับความรู้และการสาธิตการดูแลแผลเพิ่มเติม

สำหรับตัวแปรหลักของการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 43.20 (SD = 8.13) หรือมีค่าเฉลี่ย 3.60 (SD = 0.68) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 51.49 (SD = 8.69) หรือมีค่าเฉลี่ย 3.96 (SD = 0.67) ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นระดับ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (53.3%) รองลงมาคือระดับสูง (44.6%) และมีเพียงร้อยละ 2.2 ที่อยู่ในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับดี (76.1%) และร้อยละ 23.9 อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรสำคัญของการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ

ก่อนการวิเคราะห์สถิติอนุมาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูล (normality) โดยใช้การทดสอบ Kolmogorov–Smirnov และ Shapiro–Wilk ผลการทดสอบพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Kolmogorov–Smirnov = .115, p = .004; Shapiro–Wilk = .958, p = .005) และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Kolmogorov–Smirnov = .131, p = .001; Shapiro–Wilk = .923, p < .001) มีการกระจายตัวไม่เป็นปกติ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ในขั้นต่อไปยังคงใช้สถิติพาราเมตริก เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ (N = 92) ซึ่งช่วยรองรับความทนทาน (robustness) ของสถิติพาราเมตริกได้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยผลการวิเคราะห์ด้วย Pearson’s correlation พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .720$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีกว่า นอกจากนี้ การวิเคราะห์ด้วย Spearman’s rank correlation ให้ผลสอดคล้องกัน ($r_s = .705$, $p < .001$) ซึ่งยืนยันความคงเส้นคงวาและความน่าเชื่อถือของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แม้ว่าข้อมูลจะมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติก็ตาม รายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (N = 92)

ตัวแปร	1	2
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	1	.720**
2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management behaviors)	.720**	1

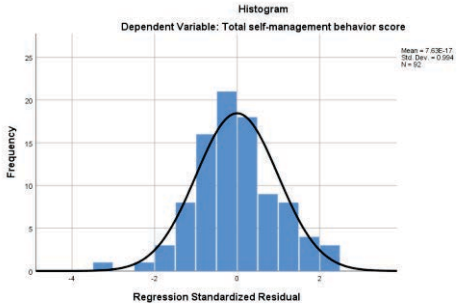
***p < .001*

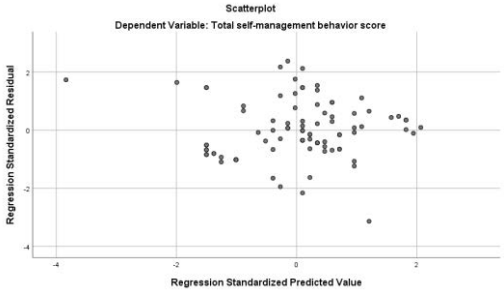
การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (simple linear regression) เพื่อศึกษาผลการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .720, p < .001) โดยแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 51.8 (R^2 = .518) และแบบจำลองโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(1, 90) = 96.83, p < .001) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ไม่เป็นมาตรฐาน (unstandardized coefficient) แสดงให้เห็นว่า เมื่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 0.77 คะแนน (B = 0.770, SE = 0.078)รายละเอียดของการวิเคราะห์การถดถอยแสดงไว้ในตารางที่ 2

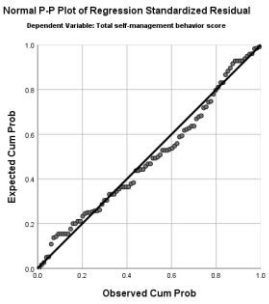
Table 2 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่ายในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง (N = 92)

Predictor	B	SE	β	t	p	95% CI
ค่าคงที่ (Constant)	18.243	3.437	-	5.307	< .001	11.414 – 25.072
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.770	0.078	0.720	9.840	< .001	0.614 – 0.925

สรุปแบบจำลอง (Model summary): R = .720, R^2 = .518, Adjusted R^2 = .513, F(1, 90) = 96.83, p < .001







การตรวจสอบความเป็นปกติของค่าคลาดเคลื่อน (residuals) โดยใช้ทั้งฮิสโตแกรมและกราฟ Normal P–P plot ของค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ผลจากฮิสโตแกรมแสดงให้เห็นว่าการกระจายตัวมีลักษณะใกล้เคียงปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยใกล้ศูนย์และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใกล้เคียงหนึ่ง นอกจากนี้ กราฟ Normal P–P plot ยังแสดงให้เห็นว่าความน่าจะเป็นสะสมที่สังเกตได้มีความสอดคล้องกับค่าที่คาดหวัง โดยเรียงตัวใกล้กับเส้นทแยงมุม

อ้างอิง ผลดังกล่าวบ่งชี้ว่าค่าคลาดเคลื่อนมีการกระจายตัวใกล้เคียงปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิเคราะห์ถดถอย นอกจากนี้ ยังได้ตรวจสอบสมมติฐานเรื่องความเป็นเชิงเส้น (linearity) และความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) โดยใช้กราฟกระจายระหว่างค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานกับค่าที่พยากรณ์ พบว่าค่าคลาดเคลื่อนกระจายตัวแบบสุ่มและไม่ปรากฏรูปแบบที่ชัดเจน แสดงว่าสมมติฐานทั้งสองประการดังกล่าวได้รับการยืนยันครบถ้วน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้วัสดุปิดแผลสมัยใหม่ ($r = .720$, $p < .001$) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 51.8 ($R^2 = .518$) ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ดี มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมมากกว่า ทั้งนี้ ภายใต้บริบทของการศึกษาครั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผลด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของการดูแลแผลด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังกลับบ้าน ทั้งการดูแลความสะอาดของแผล การสังเกตสัญญาณเตือนของการติดเชื้อ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ และการตัดสินใจมารับการรักษาเมื่อเกิดความผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจึงมีแนวโน้มที่จะสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อธิบายว่า บุคคลที่มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพและจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมมากกว่า[6]

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม[8, 10, 11] แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างและบริบทของโรคจะแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาเหล่านี้ล้วนสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมักสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า จึงส่งผลให้มีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในภาวะสุขภาพที่จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องนอกสถานพยาบาล

ประเด็นที่น่าสนใจจากการศึกษาครั้งนี้ คือ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลับมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบสนับสนุนอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งล้วนเอื้อต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ผลการศึกษาดังกล่าวอาจสะท้อนถึงบทบาทของระบบบริการสุขภาพในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยภายใต้บริบทของการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการติดตามรักษาในคลินิกแผลและได้รับคำแนะนำจากพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลแผลได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะยังไม่อยู่ใน

ระดับสูงทั้งหมด ทั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการสื่อสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพสามารถช่วยส่งเสริมทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้[8]

นอกจากนี้ จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งรายงานอุปสรรคในการดูแลแผล ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลและการขาดอุปกรณ์หรือวัสดุที่จำเป็นต่อการดูแลแผล ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง แต่ยังพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลแผล และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังต้องการการสนับสนุนด้านความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแผล ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองยังคงเป็นความจำเป็นในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตามแผนการรักษา[7] ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังแสดงความต้องการได้รับการสาธิตวิธีปฏิบัติในการดูแลแผลเพิ่มเติม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ[8, 11]

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้วัสดุปิดแผลสมัยใหม่ และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายใต้บริบทของการศึกษาครั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการประเมินและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการให้ความรู้ด้านการดูแลแผล เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้วัสดุปิดแผลสมัยใหม่

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้วัสดุปิดแผลสมัยใหม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมมากกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อนจากแผลในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้

1. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินทางคลินิก เพื่อวางแผนการให้ความรู้และการดูแลที่เหมาะสมรายบุคคล
2. ควรพัฒนาสื่อการสอนและกิจกรรมสาธิตการดูแลแผลที่เข้าใจง่าย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง
3. ควรมีระบบติดตามต่อเนื่องหลังรับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านความรู้ การดูแลตนเอง หรือการเข้าถึงทรัพยากร

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในหลายพื้นที่และหลายระดับของสถานบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังประชากรที่กว้างขึ้น
2. ควรศึกษาวิจัยแบบติดตามผลหรือการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อประเมินผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์การหายของแผล
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Sen CK. Human Wound and Its Burden: Updated 2020 Compendium of Estimates. Adv Wound Care (New Rochelle). 2021;10(5):281-92.
2. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. Adv Wound Care (New Rochelle). 2015;4(9):560-82.
3. Shi C, Wang C, Liu H, Li Q, Li R, Zhang Y, et al. Selection of Appropriate Wound Dressing for Various Wounds. Front Bioeng Biotechnol. 2020;8:182.
4. Van Hecke A, Grypdonck M, Beele H, Vanderwee K, Defloor T. Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention. J Clin Nurs. 2011;20(3-4):429-43.
5. Manalu NV, Yunitasari E, Kotijah S, Yusuf A, Malinti E. How Diabetic Foot Ulcer Patients Can Self-Treat Wound Care: An Integrative Literature Review. SAGE Open Nurs. 2024;10:23779608241274219.
6. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
7. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.
8. Dinh TTH, Bonner A. Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):923.
9. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149-60.
10. Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Boonyathee S, Auttama N, Winaiprasert P. Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. BMC Geriatr. 2023;23(1):297.
11. Nielsen MH, Seibaek L, Pedersen ML, Jensen AL. Health literacy and self-management of people living with chronic obstructive pulmonary disease or type 2 diabetes in Greenland: a qualitative interpretive description study. BMC Public Health. 2025;25(1):3106.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a holistic maternity nursing model to prevent and reduce early postpartum hemorrhage in the context of Yangsisurat Community Hospital, Maha Sarakham Province

(Received: June 23,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

วรางคณา หงษ์สีทอง[1] กาญจนา จันทะนุย[1] เยาวพัชร รัฐหนองขี[1] สุทธินนท์ เสนารินทร์[1] อุบล เชื้อนิตย์[1]
Warangkana Hongseethong[1] Kanjana Chanthanui[1] Yaowapatch Ratthanongkee[1] Suthinon Senarin[1] Ubol chueanit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้คลอดจำนวน 35 ราย และบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้คลอด จำนวน 19 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินสมรรถนะ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) สถานการณ์เดิมมีปัญหาด้านการประเมินความเสี่ยงที่ยังไม่เป็นระบบ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารในทีมไม่เป็นมาตรฐาน และบุคลากรบางส่วนขาดความมั่นใจในการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การเฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติ การเตรียมความพร้อมด้านยาและอุปกรณ์ฉุกเฉิน การสื่อสารและประสานงานในทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัว และ 3) ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง จากร้อยละ 5.71 ในปีงบประมาณ 2566 เหลือร้อยละ 2.86 ในปีงบประมาณ 2568 ความครบถ้วนของการประเมินความเสี่ยงเพิ่มจากร้อยละ 65.00 เป็น 97.00 การเฝ้าระวังอาการหลังคลอดครบตามแนวทางเพิ่มจากร้อยละ 68.00 เป็น 100.00 ความพร้อมของยาและอุปกรณ์ฉุกเฉินเพิ่มจากร้อยละ 80.00 เป็น 100.00 และความพึงพอใจของ ผู้คลอดเพิ่มจากร้อยละ 82.00 เป็น 97.00 ขณะที่สมรรถนะพยาบาลเวรอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่หมุนเวียนปฏิบัติงานในห้องคลอดอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.43, S.D. = 0.51) และความพึงพอใจของทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.74, S.D. = 0.45)

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบองค์รวม, ภาวะตกเลือดหลังคลอด, ผู้คลอด

Abstract

This action research aimed to 1) analyze the existing situation of maternity nursing care to prevent and reduce early postpartum hemorrhage, 2) develop a holistic maternity nursing model, and 3) evaluate the developed model in the context of Yangsisurat Hospital, Maha Sarakham Province. The study was conducted from July 2024 to September 2025. The sample consisted of 35 maternity patients and 19 nursing personnel

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

and multidisciplinary team members involved in maternity care. Research instruments included the holistic maternity nursing model, nursing practice guidelines, a personnel capacity building program, data recording forms, competency assessment forms, and satisfaction assessment forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that 1) the existing situation had problems with unsystematic risk assessment, inconsistent monitoring of abnormal symptoms, and unstandardized communication within the team. Some personnel lacked confidence in managing postpartum hemorrhage. 2) A holistic maternity nursing model was developed, comprising six key components: systematic risk assessment, monitoring and follow-up of abnormal symptoms, preparedness of emergency medications and equipment, communication and coordination within the multidisciplinary team, personnel capacity building, and family and relative involvement. 3) Following the implementation of the model, the incidence of postpartum hemorrhage decreased from 5.71% in fiscal year 2023 to 2.86% in fiscal year 2025. The completeness of risk assessment increased from 65.00% to 97.00%. Postpartum symptom monitoring according to guidelines increased from 68.00% to 100.00%. The availability of emergency medications and equipment increased from 80.00% to 100.00%, and patient satisfaction improved. The number of deliveries increased from 82.00% to 97.00%, while the competence of emergency and trauma nurses rotating through the delivery room was at a high level (Mean = 4.43, S.D. = 0.51), and the satisfaction of the nursing team and multidisciplinary team with the model was at the highest level (Mean = 4.74, S.D. = 0.45).

Keywords: Holistic nursing, Postpartum hemorrhage, Maternity

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในอันดับต้น ๆ ของโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early Postpartum Hemorrhage) ซึ่งเกิดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และมักพบมากที่สุดในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ภาวะดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รุนแรง และคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับการประเมิน วินิจฉัย และให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อาจส่งผลให้มารดาเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะอวัยวะล้มเหลว หรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร ตลอดจนคุณภาพชีวิตของมารดาและครอบครัวในระยะยาว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาประมาณร้อยละ 25 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาและพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขณะที่ประเทศไทย แม้อัตราการเสียชีวิตของมารดาจะมีแนวโน้มลดลงจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในทุกระดับของสถานบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการด่านหน้าในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดในพื้นที่ [1]

โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งการฝากครรภ์ การทำคลอด การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด รวมถึง

การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม โดยในปีงบประมาณ 2565–2567 มีจำนวนการคลอดเท่ากับ 30, 35 และ 42 ราย ตามลำดับ [2] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงภาระงานด้านการดูแลผู้คลอดที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ด้วยบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะการจัดอัตรากำลังพยาบาลในเวรนอกเวลาราชการที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Room: ER) ทำให้พยาบาลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลายประเภทพร้อมกัน ส่งผลให้การเฝ้าระวังและจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด มีความท้าทายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในช่วงระยะวิกฤต 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการประเมินที่รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำและต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในหน่วยงาน พบว่าการดูแลผู้คลอดยังมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์และทักษะของผู้ปฏิบัติ แนวทางการดูแลที่เป็นระบบและมาตรฐานเดียวกันในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดยังไม่ชัดเจนครอบคลุม ส่งผลให้บางกรณีอาจเกิดความล่าช้าในการสังเกตอาการผิดปกติ การรายงานแพทย์และการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น นอกจากนี้ การดูแลผู้คลอดในปัจจุบันยังมุ่งเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก ขณะที่การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัว ความวิตกกังวล และความมั่นใจของมารดาหลังคลอด ยังไม่ได้รับการส่งเสริมอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Care) จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการดูแลบุคคลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ การนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอด จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของมารดาได้อย่างรอบด้าน ส่งเสริมการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ลดความวิตกกังวล เพิ่มความร่วมมือในการดูแลรักษาและช่วยให้การป้องกันและจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนยังเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะการกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังเชิงรุก การสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้คลอดมีมาตรฐาน ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม [3]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ สามารถนำไปใช้ได้จริง เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน ช่วยลดความเสี่ยงและอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดา ทารกและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในบริบท

โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงานแบบเป็นวงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) [4] ผู้วิจัยมุ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในห้องคลอดและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิด แนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทการให้บริการจริงของหน่วยงาน การดำเนินการวิจัยดำเนินระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 วงรอบ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้คลอดและกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้คลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มผู้คลอด ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้คลอดที่มารับบริการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอดในโรงพยาบาลยางสีสุราช ที่ให้บริการด้านการคลอดตลอด 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดที่มารับบริการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยและได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดห้องคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป เป็นการคลอดทางช่องคลอด สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ คัดออก ได้แก่ ผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทางสูติกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเฉพาะทาง

2. กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ประชากรในการศึกษากลุ่มนี้ คือ บุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้คลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้คลอดทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด พยาบาลเวรอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แพทย์ เภสัชกร ซึ่งปฏิบัติงานในช่วงดำเนินการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์และมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้คลอดในห้องคลอด มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างน้อย 6 เดือน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาปฏิบัติงานระยะยาวในช่วงดำเนินการวิจัย รวมถึงบุคลากรที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบได้อย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 (กรกฎาคม 2567 – มีนาคม 2568) เป็นระยะของการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมเบื้องต้นเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด โดยมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1) การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการเกิดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอดของหน่วยงาน โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง สถิติการคลอด แนวทางการดูแลผู้คลอดเดิม รวมถึงข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาล ยางสีสุราช จากนั้นดำเนินการประชุมระดมสมองร่วมกับบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลเวรอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แพทย์ และเภสัชกร เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินสมรรถนะและความต้องการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลเวรนอกเวลาราชการที่ต้องปฏิบัติงานร่วมระหว่างห้องคลอดและงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) ซึ่งมีภาระงานหลากหลายและต้องดูแลผู้ป่วยหลายระบบพร้อมกัน จึงมีการวิเคราะห์ช่องว่างด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อนำข้อมูลไปออกแบบกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน

2) การปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยและบุคลากรทางการพยาบาลรวมถึงทีมสหวิชาชีพร่วมกันพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด โดยกำหนดแนวทางการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การดูแลในระยะคลอดและหลังคลอด การสื่อสารในทีม การเตรียมอุปกรณ์และยา รวมถึงการส่งต่อและการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้คลอด [5,6,7] จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้คลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช ในระยะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลควบคู่กับการนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ การจัดอบรม เชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด การเฝ้าระวังอาการเตือน การช่วยเหลือเบื้องต้น และการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม การทบทวนแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) [7,8] การใช้แบบประเมิน Early Warning Signs [9,10] การเตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมทั้งการฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง (Simulation) ในสถานการณ์ตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้บุคลากรเกิดทักษะการตัดสินใจ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) และการนิเทศหน้างาน โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในห้องคลอดร่วมให้คำแนะนำแก่พยาบาลเวร ER ที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้คลอดและการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

3) การสังเกตผล (Observation) ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้คลอดและบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ความครบถ้วนของการประเมินความเสี่ยง การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล ระยะเวลาในการเข้าถึงการช่วยเหลือ รวมทั้งความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และประสบการณ์ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งติดตามประเมินผลด้านสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการประเมินและเฝ้าระวังผู้คลอด ความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ความรวดเร็วในการประสานทีมช่วยเหลือ และประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันระหว่างห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน **4) การสะท้อนผล (Reflection)** ผู้วิจัยจัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับทีม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค จุดเด่น และข้อเสนอแนะจากการนำรูปแบบไปใช้จริง รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแล ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานมากยิ่งขึ้น รวมทั้งสะท้อนผลเกี่ยวกับความเหมาะสมของระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากร ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง และแนวทางสนับสนุนให้บุคลากรสามารถดูแลผู้คลอดและผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

วงรอบที่ 2 (เมษายน 2568 – กันยายน 2568) เป็นระยะของการปรับปรุง พัฒนา และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมฉบับปรับปรุง โดยดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยนำผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน เครื่องมือ และกระบวนการดูแลผู้คลอดให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนาแนวทางประเมินความเสี่ยง การจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน การสื่อสารในทีม และระบบติดตามเฝ้าระวังผู้คลอดหลังคลอด เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง รวมทั้งปรับปรุงแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับปัญหาและอุปสรรคที่พบจากวงรอบที่ 1 โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเวรผสมผสานระหว่างห้องคลอดและ ER ให้สามารถประเมินอาการผิดปกติ คัดกรองภาวะเสี่ยง และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้คลอดได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง หลังจากนั้นนำรูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมฉบับปรับปรุงไปใช้ต่อเนื่องในห้องคลอด โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลละทีมสหวิชาชีพ มีการนิเทศติดตามภายในหน่วยงาน และกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้การดูแลผู้คลอดตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมการทบทวนกรณีศึกษา (Case Review) การประชุมวิชาการในหน่วยงาน การฝึกซ้อมสถานการณ์เสมือนจริง และการนิเทศติดตามทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม และเกิดความมั่นใจ ในการดูแลผู้คลอดภายใต้ข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชน ทำการสังเกตผลโดยการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้คลอดและบุคลากร ทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติงาน เช่น อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ความรวดเร็วในการช่วยเหลือผู้ป่วย ความครบถ้วนของการประเมินและเฝ้าระวัง ตลอดจนความพึงพอใจ

และความมั่นใจของบุคลากรในการดูแลผู้คลอด รวมทั้งประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ตลอดจนประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน ผู้วิจัยจัดประชุมสรุปผลร่วมกับบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของรูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งสรุปบทเรียน ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ ร่วมกันสรุปบทเรียนเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง โดยเฉพาะรูปแบบการจัดเวรที่ต้องดูแลทั้งห้องคลอดและ ER ร่วมกัน พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุน การนิเทศติดตาม และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลและความปลอดภัยของผู้คลอดในระยะยาว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางปฏิบัติทางคลินิก งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์บริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง โดยเฉพาะเวรนอกเวลาราชการที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานร่วมระหว่างห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1.1) รูปแบบการพยาบาลผู้คลอด แบบองค์รวมเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยครอบคลุมการดูแลผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมถึงการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การเตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน การสื่อสารในทีม การส่งต่อผู้ป่วย และระบบติดตามประเมินผลการดูแล 1.2) แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CPG) สำหรับการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานของบุคลากรในห้องคลอด เพื่อให้เกิดการดูแลที่เป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน 1.3) โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจแก่บุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลเวรนอกเวลาราชการที่ต้องปฏิบัติงานร่วมระหว่างห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแนวทางปฏิบัติทางคลินิก การฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง (Simulation) การนิเทศติดตามทางคลินิก (Clinical Supervision) ระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) และการประชุมทบทวนกรณีศึกษา (Case Review) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถประเมิน เฝ้าระวัง และช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ซึ่งใช้เก็บข้อมูลด้านอายุ อายุครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด โรคร่วม และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ปริมาณการสูญเสียเลือด การได้รับยาและการ

ช่วยเหลือฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 2.2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลในลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) เพื่อประเมินความครบถ้วนในการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม 2.3) แบบประเมินสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งใช้ประเมินความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้คลอดและการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย 2.4) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เพื่อสัมภาษณ์บุคลากรเกี่ยวกับความคิดเห็น ประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม รวมทั้งใช้แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลและกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านการผดุงครรภ์ และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริงในการดำเนินการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล แบบประเมินสมรรถนะบุคลากร และแบบประเมินความพึงพอใจ มาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดและบุคลากรทีมสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด ปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาในการเข้าถึงการช่วยเหลือ ความครบถ้วนของการประเมินความเสี่ยง และผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ เพื่อประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกและประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สำหรับข้อมูล ด้านสมรรถนะและความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การประชุมกลุ่ม และการสะท้อนผลการดำเนินงานของบุคลากร ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดบันทึกข้อมูล อ่านทบทวนข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็นสำคัญ และสังเคราะห์ข้อมูลและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการ

พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม จากนั้นสรุปและนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา โดยผลการวิเคราะห์ถูกนำไปใช้ในการสะท้อนผลและปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลในแต่ละวงรอบของการวิจัยต่อไป

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

รูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่ให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก ครอบคลุมการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลมารดาหลังคลอด โดยมีจำนวนผู้มาคลอดในปีงบประมาณ 2565–2567 จำนวน 30, 35 และ 42 ราย ตามลำดับ แม้จำนวนผู้คลอดจะไม่มาก แต่พบว่าภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอดยังคงเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของมารดาและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง แนวทางการดูแลเดิม และการประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลผู้คลอดหลายประการ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน การบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังอาการผิดปกติยังไม่ครบถ้วน รวมถึงการสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมยังมีความแตกต่างตามประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังพบว่าบริบทของโรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง โดยเฉพาะในช่วงเวรนอกเวลาราชการที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานร่วมระหว่างห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ส่งผลให้บุคลากรมีภาระงานหลายด้านพร้อมกัน ทำให้การเฝ้าระวังผู้คลอดหลังคลอดและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องอาจทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการตกเลือดหลังคลอด ด้านศักยภาพบุคลากร พบว่าพยาบาลบางส่วนยังขาดความมั่นใจในการประเมินอาการเตือน การตอบสนองต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด และการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานหลักใน ER และต้องหมุนเวียนมาปฏิบัติงานในห้องคลอดเป็นครั้งคราว อีกทั้งยังขาดระบบพัฒนาศักยภาพและการฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารในทีม การเตรียมความพร้อมด้านยาและอุปกรณ์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อมารดาหลังคลอดต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับการพัฒนาระบบบริการตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน ทำให้ได้รูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้

2.1) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างเป็นระบบ เป็นการประเมินผู้คลอดตั้งแต่แรกรับเข้าสู่ห้องคลอด โดยพยาบาลประเมินข้อมูลพื้นฐานทางสูติกรรม ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติภาวะตกเลือดหลังคลอด โรคประจำตัว ภาวะซีด การตั้งครรภ์แฝด ทารกตัวโต การคลอดยาวนาน การได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอดเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลและการเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับแต่ละราย การประเมินความเสี่ยงดังกล่าวช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถคาดการณ์ปัญหา เตรียมความพร้อม และวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2) การเฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติในระยะคลอดและหลังคลอด เป็นการติดตามอาการของผู้คลอดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะแรกหลังคลอด โดยเน้นการประเมินสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด ระดับความรู้สึกตัว อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น และอาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจบ่งชี้ภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งมีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ต่อเนื่อง หากพบความผิดปกติ พยาบาลสามารถรายงานแพทย์และประสานทีมช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

2.3) การเตรียมความพร้อมด้านยา อุปกรณ์และระบบช่วยเหลือฉุกเฉิน เป็นการจัดระบบความพร้อมของหน่วยงานให้สามารถตอบสนองต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ทันที โดยมีการเตรียมยา อุปกรณ์ และเครื่องมือจำเป็นให้พร้อมใช้งาน เช่น ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก สารน้ำ อุปกรณ์ให้สารน้ำ อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ ชุดช่วยเหลือฉุกเฉิน และแนวทางการส่งต่อกรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้บุคลากรสามารถหยิบใช้ได้ทันทีเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ลดความล่าช้าในการช่วยเหลือ และเพิ่มความปลอดภัยของมารดาหลังคลอด

2.4) การสื่อสารและการประสานงานในทีมสหวิชาชีพ เป็นการกำหนดแนวทางการสื่อสารระหว่างพยาบาลห้องคลอด พยาบาลเวรอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แพทย์ และทีมที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจน รวดเร็วและเป็นระบบ โดยใช้การรายงานข้อมูลสำคัญ เช่น ระดับความเสี่ยงของผู้คลอด ปริมาณเลือดออก สัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูก และการช่วยเหลือที่ได้ดำเนินการแล้ว เพื่อให้ทีมรับรู้สถานการณ์ตรงกันและสามารถตัดสินใจร่วมกันได้อย่างเหมาะสม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยลดความคลาดเคลื่อน เพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล และทำให้การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเป็นไปอย่างรวดเร็ว

2.5) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้รูปแบบการดูแลสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลยางสีสุราชที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง และพยาบาล

บางช่วงเวรต้องปฏิบัติงานร่วมระหว่างห้องคลอดและ ER ผู้วิจัยจึงพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแนวทางปฏิบัติ การฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง การนิเทศติดตาม และระบบพี่เลี้ยง เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดและการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย

2.6) การมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัวในการดูแลผู้คลอด เป็นการส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการสังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด โดยพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ เช่น เลือดออกมากผิดปกติ หน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลียมาก ปวดท้องรุนแรง หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ รวมทั้งส่งเสริมให้ญาติช่วยดูแลความสุขสบาย ให้กำลังใจ และสนับสนุนการฟื้นตัวของมารดาหลังคลอด การมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้การดูแลผู้คลอดมีความต่อเนื่อง ครอบคลุมมิติทางจิตใจและสังคม และสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

ทั้งนี้ รูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือด ในระยะแรกหลังคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือด ในระยะแรกหลังคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3. ผลการประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะ ตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ภายหลังการนำรูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมไปใช้ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้การดูแลผู้คลอดมีความเป็นระบบมากยิ่งขึ้น บุคลากรสามารถประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และให้การช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้คลอดมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งด้านความปลอดภัยของมารดาหลังคลอด ความครบถ้วนของการดูแล และประสิทธิภาพการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

3.1) ผลการประเมินสมรรถนะพยาบาลเวรอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) ที่หมุนเวียน ปฏิบัติงานในห้องคลอด หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม พยาบาลเวรอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) ที่หมุนเวียนปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 10 คน มีสมรรถนะในการดูแลผู้คลอดโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.43, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.50) รองลงมา คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด และด้านการสื่อสารและการประสานงานในทีม (Mean = 4.50, S.D. = 0.52 และ 0.53 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ ยังพบว่าพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้คลอดเพิ่มขึ้น สามารถประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และให้การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้รวดเร็ว เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้คลอดมากยิ่งขึ้น

3.2) ด้านข้อมูลทั่วไปผู้คลอด พบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20–34 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.57 ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 65.71 และมีอายุครรภ์ระหว่าง 37–40 สัปดาห์ ร้อยละ 85.71 โดยพบว่าผู้คลอดร้อยละ 31.43 มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด และส่วนใหญ่เป็นการคลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 88.57

3.3) ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้คลอด ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม ปีงบประมาณ 2566–2568 ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม อัตรา การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.71 ในปีงบประมาณ 2566 เหลือ ร้อยละ 2.86 ในปีงบประมาณ 2568 ขณะเดียวกันพบว่า การประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การเตรียมยาและอุปกรณ์ฉุกเฉิน รวมถึงความครบถ้วนของการบันทึกทางการพยาบาลมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ บุคลากรสามารถเข้าถึงการช่วยเหลือผู้คลอดได้รวดเร็วมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้คลอดมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น รวมทั้งผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการดูแลเพิ่มขึ้นภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ในหน่วยงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาล ผู้คลอดแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด พบว่าโดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด (Mean = 4.74, S.D. =

0.45) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้คลอดและความปลอดภัยของมารดา (Mean = 4.84, S.D. = 0.37) รองลงมา คือ ความพร้อมของยา อุปกรณ์ และระบบช่วยเหลือฉุกเฉิน และ ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน (Mean = 4.79, S.D. = 0.42) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้คลอด ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิผล

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม” เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังทรัพยากร และจำนวนผู้คลอดที่ไม่มาก โดยผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้คลอด และส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลได้อย่างชัดเจน จากผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ มีแนวทางเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ชัดเจน รวมถึงมีการเตรียมความพร้อมด้านยา อุปกรณ์ และระบบช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างเหมาะสม ส่งผลให้บุคลากรสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้รวดเร็วมากขึ้น โดยเฉพาะการตรวจพบอาการผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พรมเสนา และคณะ[11] ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดอย่างเป็นระบบร่วมกับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สามารถลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและเพิ่มความปลอดภัย ของมารดาได้ ประเด็นสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ คือ บริบทของโรงพยาบาลยางสีสุราชที่มีจำนวนผู้คลอดค่อนข้างน้อย โดยในปีงบประมาณ 2566–2568 มีจำนวนผู้คลอดเพียง 35, 42 และ 35 ราย ตามลำดับ ส่งผลให้บุคลากรบางส่วน โดยเฉพาะพยาบาลที่หมุนเวียนปฏิบัติงานจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) มีโอกาสดูแลผู้คลอดจริงไม่บ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการฝึกทักษะและอาจเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นภาวะที่ต้องอาศัยทักษะการประเมินและการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้โรงพยาบาลยางสีสุราชยังมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังโดยในเวรนอกเวลาราชการ พยาบาลต้องปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้บุคลากรต้องดูแลผู้ป่วยหลายประเภทพร้อมกัน ทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปและผู้คลอด ส่งผลให้การเฝ้าระวังอาการหลังคลอดและการติดตามผู้คลอดอย่างใกล้ชิดอาจมีข้อจำกัด หากไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ในครั้งนี้จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ โดยเฉพาะการพัฒนาพยาบาล ER ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในห้องคลอด ผ่านกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแนวทางปฏิบัติทางคลินิก การฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง (Simulation) การนิเทศติดตาม และระบบ พี่เลี้ยง ซึ่งช่วยให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการประเมินและจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดมากขึ้น แม้จะมีโอกาสดูแลผู้คลอดจริงไม่บ่อยก็ตาม สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ศิริพร บุญเกิด และคณะ[12] ที่พบว่า การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผ่านการฝึกอบรมและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจ และความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษายังพบว่า การฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองและการทบทวนกรณีศึกษาหลังเกิดเหตุการณ์จริง มีส่วนช่วยให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้กับสถานการณ์ปฏิบัติจริง และช่วยลดความตื่นตระหนกเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลที่มีผู้คลอดจำนวนน้อย ซึ่งบุคลากรอาจไม่มีโอกาสพบภาวะตกเลือดหลังคลอดบ่อยครั้ง การจัดระบบการเรียนรู้ผ่าน Simulation จึงเป็นกลไกสำคัญในการคงไว้ซึ่งสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล อีกทั้ง ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารและการประสานงานในทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลที่มีบุคลากรจำกัด การมีแนวทางการสื่อสารที่ชัดเจน การรายงานข้อมูลอย่างเป็นระบบ และการขอความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดความคลาดเคลื่อน ในการปฏิบัติงานและทำให้การช่วยเหลือผู้คลอดเป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา จันทร์ศรี และคณะ[13] ที่พบว่า การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้คลอดและลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัวในการสังเกตอาการผิดปกติและช่วยดูแลด้านจิตใจผู้คลอด ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่บุคลากรมีจำนวนจำกัด การให้ญาติรับรู้สัญญาณอันตรายเบื้องต้น เช่น เลือดออกมากผิดปกติ หน้ามืด หรืออ่อนเพลียผิดปกติ ช่วยให้สามารถแจ้งบุคลากรได้รวดเร็วขึ้น และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้คลอดหลังคลอด อีกทั้ง ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization[1] ที่ให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมของระบบบริการ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่ารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ที่มีข้อจำกัดด้านจำนวนผู้คลอดและอัตรากำลัง สามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้คลอด ลดภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล และเพิ่มความปลอดภัยของมารดาหลังคลอดได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชนสามารถนำรูปแบบการพยาบาลผู้คลอดแบบองค์รวมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบท
ของหน่วยบริการ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและมีการปฏิบัติงานร่วมระหว่างห้องคลอด และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพยาบาลที่หมุนเวียน
ปฏิบัติงานในห้องคลอด ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง (Simulation) และการนิเทศติดตามทางคลินิก เพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถนะใน

การดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม แม้ในบริบทที่มีจำนวนผู้คลอดไม่มาก

3. ควรพัฒนาระบบการสื่อสารและการประสานงานในทีมสหวิชาชีพให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐาน
เดียวกัน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความปลอดภัยของผู้คลอด

4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัวในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังคลอด และสนับสนุน
การดูแลด้านจิตใจของมารดาหลังคลอด เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

5. ควรมีการศึกษาต่อยอดในโรงพยาบาลชุมชนหรือเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน
รวมถึงศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวด้านคุณภาพการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความคุ้มค่าของรูปแบบการดูแล เพื่อพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพและสามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization.
2. โรงพยาบาลยางสีสุราช. รายงานสถิติการคลอด ปีงบประมาณ 2566–2568. มหาสารคาม: กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลยางสีสุราช; 2568.
3. Dossey BM, Keegan L. Holistic nursing: a handbook for practice. 8th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2016.
4. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
5. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2.
6. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566.
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017;130(4).
9. Pillitteri A. Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childrearing family. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
10. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2565.
11. กรรณิการ์ พรมเสนา, และคณะ. (2564). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(2), 45-56.
12. ศิริพร บุญเกิด, และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลต่อการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 40(1), 89-102.
13. รัตนา จันทร์ศรี, และคณะ. (2563). การพัฒนาระบบการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพต่อคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอด. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(4), 721-732.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Development of an Intermediate Care Model Using Thai Traditional and Alternative Medicine After Hospital Discharge, Khumuang Hospital, Buriram Province

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

นาตยา ศรีสง่า[1]
Nataya Srisongsa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 30 ราย อายุ ≥40 ปี ที่โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการระหว่าง ม.ค.-ก.ย. 2568 รูปแบบการดูแลประกอบด้วย 1) การนวดราชสำนัก 60 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง 2) การประคบสมุนไพร 30 นาที 3) การใช้สมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 4) การสอนญาติ (70 ชั่วโมง) และ 5) การติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผลที่ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วย Paired t-test

ผลการศึกษา : คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพิ่มขึ้นจาก 6.53±4.70 เป็น 10.33±5.60 อย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงในร้อยละ 75 ของผู้ป่วย ญาติมีความรู้อยู่ในระดับ “เข้าใจและนำไปปฏิบัติได้” (Mean=3.00) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean 3.00-3.26)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะกลาง การแพทย์แผนไทย การนวดราชสำนัก การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Abstract

This research was quasi-experimental, single-group pre- and post-test design study aiming to develop a model for intermediate care using Thai traditional medicine after hospital discharge. The sample consisted of 30 patients with intermediate stroke, aged ≥40 years, at Khumueang Hospital, Buriram Province, conducted between January and September 2025. The care model included: 1) Royal Thai massage (60 minutes, 2-3 times per week), 2) herbal compress (30 minutes), 3) use of herbs on the National List of Essential Medicines, 4) family education (70 hours), and 5) home visits. Evaluation was conducted at 12 weeks. Analysis was performed using a paired t-test.

Results: The mean score for the ability to perform daily activities (Barthel index) increased significantly from 6.53±4.70 to 10.33±5.60 (p<0.001). Muscle tone decreased in 75% of patients. Family members had a good level of knowledge regarding the care. "Understood and applicable" (Mean=3.00). Satisfaction was at a high level (Mean 3.00-3.26).

Keywords : Intermediate care patients, Thai traditional medicine, Hospital discharge

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) เป็นระบบบริการสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตแล้ว แต่ยังมีความบกพร่องทางร่างกายและข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ก่อนที่จะกลับสู่ชุมชนหรือเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว[1] กลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่พบมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

injury), และการบาดเจ็บทางศีรษะ (Traumatic head injury)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมองที่ทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ อาการและอาการแสดงคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต[2] ข้อมูลล่าสุดจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั่วโลกมากกว่า 15 ล้านคน โดยในจำนวนนี้พิการถาวรประมาณ 5 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 5 ล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา แนวโน้มของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของปี พ.ศ. 2543[3] สำหรับประเทศไทย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็ง พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปีประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่ไม่ต่ำกว่า 150,000 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2563 สูงถึง 49,875 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของงบประมาณสุขภาพทั้งหมด[4]

แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่จะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายหลงเหลืออยู่ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) หรืออ่อนแรงครึ่งท่อน (Hemiplegia) การทรงตัวผิดปกติ การพูดและกลืนลำบาก รวมถึงการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การเคลื่อนย้าย และการใช้ห้องน้ำ[5] จากการศึกษาพบว่า ภายใน 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50-60 ยังคงมีความพิการในระดับที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน และร้อยละ 15-30 มีความพิการรุนแรงจนต้องนอนติดเตียงหรือพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด[6] ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ข้อติด (Contracture) แผลกดทับ (Pressure ulcer) กล้ามเนื้อลีบ (Muscle atrophy) ระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวและผู้ดูแลยังต้องแบกรับภาระทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ การศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 30-50 และมีความเครียดเรื้อรังจากการต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน[7]

การแพทย์แผนไทยได้บรรยายโรคหลอดเลือดสมองไว้ในคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย คัมภีร์ชวาดร คัมภีร์กษัย และตำราหัตถเวชกรรมไทย ว่าเป็น “โรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต” ซึ่งเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของธาตุลมในร่างกาย โดยเฉพาะลม 2 ชนิด คือ ลมอุทธังคมวาตา (เปรียบได้กับระบบประสาทสั่งการ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น การยกมือ ยกเท้า) และลมอโธคมวาตา (เปรียบได้กับระบบประสาทรับความรู้สึก ทั้งอวัยวะภายในและภายนอก)[8] เมื่อลมทั้ง 2 ชนิดพัดระคนกันอย่างผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา ปวดตามแนวเส้นประสาท พูดไม่ชัด ทรงตัวลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับอาการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดสมองในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตามหลักการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก[9] ได้แก่ 1) การนวดไทยแบบราชสำนัก เพื่อปรับสมดุลของธาตุลมภายในร่างกาย กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและหลอดเลือด ลดอาการเกร็งและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยใช้เทคนิคการกด การนวด การคลึง ไปตามแนวเส้นและจุดสัญญาณ (10 เส้นหลักตามร่างกาย) 2) การประคบสมุนไพร ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้น

เอ็น ผ่อนคลายพังผืด โดยใช้ลูกประคบที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลากหลายชนิด เช่น ไพล (Zingiber cassumunar) ขมิ้นชัน (Curcuma longa) ตะไคร้ (Cymbopogon citratus) ผิวมะกรูด (Citrus hystrix) ใบมะขาม (Tamarindus indica) พิมเสนและการบูร 3) การใช้ยาสมุนไพรไทย ในรูปแบบยาตำรับในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือยาต้มเฉพาะราย เช่น ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ ยาหอมเทพจิต ยาวาตาพินาศ เพื่อช่วยกระจายเลือดลม ปรับสมดุลธาตุในร่างกาย 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตน การปฏิบัติสมาธิบำบัด การงดอาหารแสลง (อาหารหวานจัด มันจัด เย็นจัด) และการพักผ่อนให้เพียงพอ จากการดำเนินงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2565-2567 พบสถิติผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย จำนวน 11, 74 และ 44 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (10) แต่เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกพบปัญหาที่สำคัญ 3 ประการ คือ **ประการที่หนึ่ง** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการฟื้นฟูเฉพาะในระยะที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเท่านั้น หลังจำหน่ายกลับบ้านขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่ดีขึ้นหรือ แย่ลง **ประการที่สอง** ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการนวดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน แม้ว่าจะได้รับการแนะนำบ้างเล็กน้อยก่อนจำหน่าย แต่ไม่มีคู่มือหรือระบบติดตามที่ชัดเจน **ประการที่สาม** ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยที่เป็นมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้การให้บริการเป็นไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ขาดความสม่ำเสมอ

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยประจำโรงพยาบาลคูเมือง จึงได้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการใช้ระบบการส่งต่อข้อมูลที่ทันสมัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ ลดภาระของครอบครัวและระบบสุขภาพ รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์และเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$
2. หลังได้รับรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีสัดส่วนของระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ลดลงมากกว่าก่อนได้รับรูปแบบการดูแล
3. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีความรู้ความเข้าใจในการนวดไทยและการประคบสมุนไพรอยู่ในระดับ “เข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้”
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมาก (Mean ≥2.50 จากการประเมิน 3 ระดับ)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Routine to Research: R2R) รูปแบบกึ่งทดลอง

(Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม เนื่องจากข้อจำกัดด้านจริยธรรมและความสามารถในการจัดสรรผู้ป่วยเข้ากลุ่มควบคุมในบริบทของบริการสุขภาพประจำวัน ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 10 เดือน สถานที่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลคูเมือง อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และพื้นที่ชุมชนในเขตอำเภอคูเมือง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population)

ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care: IMC) ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 44 ราย (ข้อมูลจากกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคูเมือง ในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน 2568 และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ตามที่กำหนด จำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) โดยยืนยันผลด้วย CT scan หรือ MRI ของสมอง
2. มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. อยู่ในระยะกลาง (Intermediate care) กล่าวคือ พ้นระยะวิกฤตแล้ว อาการทางระบบประสาทคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
4. มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) น้อยกว่า 15 คะแนน (หมายถึงมีการพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลางถึงรุนแรง)
5. มีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนหรือขาด้านที่อ่อนแรงตั้งแต่ระดับ 0 ถึงระดับ 3 (ตามมาตรฐาน Medical Research Council: MRC grade)
6. สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ (ไม่พิการทางสมองรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำง่ายๆ ได้)
7. มีญาติหรือผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันหรือใกล้ชิด และยินดีเข้าร่วมการอบรมและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
8. ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการนวดและการประคบสมุนไพรตามเกณฑ์คัดออก
9. มีโทรศัพท์บ้านหรือโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้
10. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ โดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. เคยมีประวัติภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) ทุกชนิด
2. มีประวัติเส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง (Atrial fibrillation ที่ควบคุมไม่ได้) หรือโรคลิ้นหัวใจผิดปกติ
3. ผลการตรวจเลือดพบภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Platelet count <100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)
4. มีผลการตรวจ INR (International Normalized Ratio) >2.0 ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการเลือดออกง่าย
5. เคยมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการแตกหัก
6. มีภาวะกระดูกแตกหรือหักบริเวณใดก็ตามของร่างกายที่ยังไม่หายดี

7. กำลังตั้งครรภ์ (สำหรับผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์)

8. เคยมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก (Epilepsy) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา

9. เคยมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (Active pulmonary tuberculosis)

10.มีแผลเปิด แผลกดทับ หรือผิวหนังอักเสบรุนแรงบริเวณที่จะนวดหรือประคบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Personal data questionnaire) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัวอื่นๆ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา

แบบที่ 2 : แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index - Thai version) ใช้แบบประเมิน Barthel index ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (13) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87-0.95 แบบประเมินประกอบด้วย 10 กิจกรรม

แบบที่ 3 : แบบประเมินระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone assessment) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประเมินจากความรู้สึกขณะที่แพทย์แผนไทยทำการยืดเหยียดแขนและขาด้านที่อ่อนแรงแบบพาสซีฟ (Modified Ashworth Scale - MAS) แบ่งระดับดังนี้

ระดับ 0 : ไม่มีความตึงเพิ่มขึ้น

ระดับ 1 : มีความตึงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

ระดับ 1+ : มีความตึงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยกว่าเด่นชัด

ระดับ 2 : มีความตึงเพิ่มขึ้นปานกลาง

ระดับ 3 : มีความตึงเพิ่มขึ้นมาก

ระดับ 4 : แข็งเกร็งไม่สามารถงอเหยียดได้

แบบที่ 4 : แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการนวดไทยและการประคบสมุนไพร โดยมีระดับการประเมิน 3 ระดับ คือ 3 = เข้าใจและนำไปปฏิบัติได้, 2 = เข้าใจและนำไปปฏิบัติได้บ้างส่วน, 1 = ไม่เข้าใจและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ข้อคำถามครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การนวดบำบัดกล้ามเนื้อด้านอ่อนแรงของแขนและขา

2. ตำแหน่งและการวางมือ การกดจุดและระยะเวลาที่เหมาะสม

3. หลักการประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. การประเมินผลหลังนวดบำบัด ข้อห้ามและข้อควรระวัง

5. การเลือกใช้สมุนไพร ร้อน-เย็น ตามคำแนะนำของแพทย์แผนไทย

แบบที่ 5 : แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มี 5 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางก่อนจำหน่าย

2. ระบบการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์หลังจำหน่าย

3. การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

4. กระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องและการติดตามเยี่ยมบ้าน

5. การสอนญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ: 3 = มาก, 2 = ปานกลาง, 1 = น้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Intervention tools)

เครื่องมือที่ 1 : คู่มือการนวดราชสำนักสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากตำราหัตถเวชกรรมไทยและแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์แผนไทยฯ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีลมและการเกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวด เทคนิคการนวดราชสำนักในสูตรโรคอัมพฤกษ์ (10 เส้นหลัก: สุมนาสัน, สหัสรังสี, กาฬธารา, อุพุมพร, อังคาร, สังขินี, สังฆาฏ, ปายะ, อินนทรี, ปัปผาสะ) ภาพประกอบแนวเส้นและจุดกด ระยะเวลาและความถี่ในการนวด

เครื่องมือที่ 2 : ลูกประคบสมุนไพรแห้ง ผลิตโดยโรงพยาบาลคูเมือง ขึ้นทะเบียนในบัญชียาหลักสมุนไพรแห่งชาติ ประกอบด้วยส่วนผสมของสมุนไพร 8 ชนิด ได้แก่ ไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) 25%, ขมิ้นชัน (Curcuma longa Linn.) 15%, ตะไคร้ (Cymbopogon citratus Stapf.) 15%, ผิวมะกรูด (Citrus hystrix DC.) 10%, ใบส้มป่อย (Acacia concinna (Willd.) DC.) 10%, ใบมะขาม (Tamarindus indica Linn.) 10%, พิมเสน (Dryobalanops aromatica Gaertn.) 5%, การบูร (Cinnamomum camphora (L.) J.Presl.) น้อยกว่า 5%

เครื่องมือที่ 3 : ยาสมุนไพรน้ำมันไพลและครีมไพล ผลิตโดยโรงพยาบาลคูเมือง ผ่านมาตรฐาน GPP มีสรรพคุณช่วยลดปวด ลดอักเสบ เพิ่มการไหลเวียนเลือดเฉพาะที่

เครื่องมือที่ 4 : คู่มือสำหรับผู้ดูแล (Caregiver manual) เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นภาษาไทยง่ายๆ มีภาพประกอบ ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลักและประโยชน์ของการนวดไทยและการประคบสมุนไพร ขั้นตอนการนวดพื้นฐานที่บ้าน (3-5 ท่า) วิธีการประคบสมุนไพรที่ถูกต้องและปลอดภัย ท่าบริหารกล้ามเนื้อแบบฤาษีดัดตน (ท่าดึงแขน-เท้า ท่านั่งยอง ท่ายกแขน) ข้อห้ามและข้อควรระวัง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ ตารางบันทึกการนวดและการทำกิจกรรมประจำวัน

เครื่องมือสนับสนุนอื่นๆ

1. โทรศัพท์สำหรับการติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์

2. ระบบไลน์แอด (Line Official Account) สำหรับการส่งต่อข้อมูล การนัดหมาย และการปรึกษาปัญหาระหว่างผู้ดูแลและทีมวิจัย

3. แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แบบประเมิน และคู่มือที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านให้คะแนนความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยใช้มาตราส่วน 4 ระดับ (IOC: Index of Item-Objective Congruence) จากนั้นนำมาคำนวณค่า IOC โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥0.50 ถือว่าผ่านเกณฑ์ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไป

การรวบรวมข้อมูล

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากผู้ป่วยระยะกลางในหน่วยบริการโรงพยาบาลคูเมือง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยจะมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเข้าใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. การเลือกเจาะจงเป็นกลุ่มเดียวในการศึกษา โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1) ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ แจกแบบสอบถาม และบันทึกความดันโลหิต ชีพจร

อัตราการหายใจ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และบันทึกสภาวะสุขภาพ ประวัติของผู้ป่วยระยะกลาง เป็นการเก็บข้อมูลครบครั้ง ที่ 1

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

2.1 ระยะเตรียมการ

- การวางแนวทางสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การนวดไทย การประคบสมุนไพร หลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- การวางแผนการให้การบริการในด้านของการนวดบำบัด การประคบสมุนไพร การสอนญาติและการสอนผู้ดูแลระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- การวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านและการสอนผู้ดูแลทางด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางหลังมีการจำหน่ายมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน

2.2 ระยะดำเนินการ

- การจัดทำแนวปฏิบัติในการให้บริการด้านการตรวจ รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่าย การสอนผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านด้วยศาสตร์ทางด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- จัดบริการตรวจรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยบริการการดูแลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคูเมือง เป็นระบบการนัดติดตามอาการสัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ประกอบด้วย การนวดราชสำนักในสูตรโรค อัมพฤกษ์และอัมพาต โดยการนวดฟื้นฟูสภาพขึ้นกับอาการของผู้ป่วยและอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ ประกอบด้วย

1. นวดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า 60 นาที ร่วมกับการประคบสมุนไพร อย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันนานประมาณ 2 เดือน หรือทำการรักษาต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฟูได้ด้วยตนเอง นวดข้างที่เป็นก่อน จึงค่อยนวดข้างที่ไม่เป็น

2. การประคบสมุนไพร : ระบุสมุนไพรที่ใช้ : ยาประคบสมุนไพรแห้ง (รพ.) ในบัญชียาหลักสมุนไพรแห่งชาติ ผลิตโดย รพ.คูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (ไพล ขมิ้น ตะไคร้ ผิวมะกรูด ใบส้มป่อย ใบมะขาม พิมเสน การบูร)ระยะเวลาในการประคบ : ประคบสมุนไพรหลังจากการนวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว อย่างน้อย 30 นาที

3. การใช้ยาสมุนไพร ระบุชื่อยาสมุนไพร : ในบัญชียาหลักสมุนไพรแห่งชาติ ได้แก่ ยาน้ำมันไพล/ยาครีมไพล ใช้ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการ ข้อห้ามใช้ 1.ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน 2.ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

*** อื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยใช้ในบัญชียาหลักสมุนไพรแห่งชาติ

- การจัดการอบรมการสอนการนวดไทยแก่ผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน จำนวน 70 ชั่วโมงร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบตำบลคูเมือง

- การให้คำแนะนำด้านการดูแลตนเอง เสริมพลังในชุมชนในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนหลังมีการจำหน่าย

- การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะกลาง

- การจัดทำระบบการส่งต่อในรูปแบบของ line สำหรับการติดตามผลการดำเนินงาน และการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน

2.3 ระยะติดตาม

- ประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

- การเปลี่ยนแปลงระดับกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยระยะกลาง

- แบบประเมินระดับความพึงพอใจของการให้บริการ

3) เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อครบ 12 สัปดาห์ติดตามผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลของ

การศึกษาข้อมูลทางสถิติพรรณนา ร้อยละ และสถิติ Pair t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผลลัพธ์หลักของการศึกษา (Primary outcome) คือ การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อน-หลัง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อน - หลัง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระดับความรู้ควาเข้าใจของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 12 สัปดาห์ ระดับความพึงพอใจในการรับบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะเวลา 12 สัปดาห์

สถิติที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ และ สถิติ Pair t-test dependent

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยจากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research) เพื่อพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์ทางด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายดังต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไป พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเข้ารับการรักษาด้วยการนวดราชสำนักไทย กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลคูเมือง จำนวนรวม 30 ราย โดยเฉลี่ยเพศหญิง ร้อยละ 43.33% เพศชาย ร้อยละ 56.66% มีอายุ 51- 69 ปี (x=52.49,SD=12.54) BMI. 23.45 kg (SD=4.69) มีโรคประจำตัว เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง 25 (75%) ไม่มีโรคประจำตัว 5 (15%) สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงาน/อาศัยด้วยกัน จำนวน 25 คน ร้อยละ 83.33 สถานภาพโสด จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 การนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 30 คน ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 25 คน ร้อยละ 83.33 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 5 คนร้อยละ 16.67 ส่วนมากอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.67 อาชีพรับจ้าง จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 ค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในช่วง 18.50-22.90 kg/m^2 (น้ำหนักปกติ) จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 (Mean ± SD=21.22 ±1.05) ช่วง 23 – 24.90 kg/m^2 (น้ำหนักเกิน) จำนวน 10 คนร้อยละ 33.33 (Mean ± SD=23.13±1.25) และช่วง 25-29.50 kg/m^2 (อ้วน) จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 (Mean ± SD=27.08±1.29)

ผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์ทางด้านการแพทย์แผนไทยหลังมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การติดตามผล โดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) และการความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังได้รับการดูแล

ด้วยศาสตร์ทางด้านการแพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<0.01 ในการทดสอบความตึงตัวของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยบำบัดด้วยการนวดประคบสมุนไพรพบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงคิดเป็นร้อยละ75 จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ร่วมศึกษาทั้งหมด

ในด้านของการติดตามผลลัพธ์หลังการจำหน่ายออกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อไปรักษาต่อเนื่องที่บ้าน มีการสอนการให้ความรู้สำหรับญาติหรือผู้ดูแลเพื่อนำศาสตร์ทางด้านการนวดประคบสมุนไพรไปดูแลผู้ป่วยต่อ มีการสอนการประเมินความรู้ พบว่าค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลการสอนญาติเพื่อให้ได้นำไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ญาติมีความรู้ความเข้าใจในการสอนสามารถนำไปปฏิบัติได้

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการติดตามผู้ป่วยระยะกลางด้วยรูปแบบของการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลฟื้นฟูสมรรพภาพของผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การให้การรักษาทางด้านการนวด ประคบสมุนไพร การใช้สมุนไพรไทย ในหน่วยบริการ การติดตามเยี่ยมบ้านสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและการนัดดูแลต่อเนื่อง ในด้านของความรู้มีการจัดการอบรมการฝึกการนวดประคบสมุนไพรให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน ช่วยส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่ต่อเนื่อง เพื่อลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ต่อเนื่องกัน ในการฝึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วันเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยระยะกลางมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<0.01 ระดับความพึงพอใจในการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แพทย์ทางเลือกพบว่าผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลมีระดับความพึงพอใจในรูปแบบบริการในระดับที่พึงพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของผุสดี ก่อเจดีย์ และชนัญธิดา วงษ์ท้าว[4] ผลของการนวดแผนไทยต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการนวดแผนไทย 4 สัปดาห์ มีระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ระดับของความวิตกกังวลและซึมเศร้า ภายหลังได้รับการนวดแผนไทย 4 สัปดาห์มีระดับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p<0.05) กระบวนการด้านการสอนญาติให้มีความรู้ด้านการนวดประคบสมุนไพร การใช้สมุนไพรที่เหมาะสมสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีส่วนในการสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการติดตามประเมินผล จากการศึกษาก็พบว่า ญาติมีความรู้ความเข้าใจด้านการนวดบำบัดและการประคบสมุนไพรสามารถเข้าใจวิธีการดูแลด้วยศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยและนำไปปฏิบัติใช้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังการจำหน่ายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร ชนะชัย[3] ที่ได้ศึกษาพบว่า การนวดบำบัดส่งผลต่อการความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นรูปแบบสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีเพิ่ม

มากขึ้น ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ครอบคลุมอำเภอ และการสอนการนวดไทยสำหรับผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้เพราะความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้คำปรึกษา ทุกท่าน ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูเมือง และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือด้านการค้นคว้าหาข้อมูลและเป็นกำลังใจให้เสมอมา รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยาลัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.
2. สิทธิศักดิ์ ติคำ และ อาจินต์ สงทับ.(2022). การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทาง การแพทย์แผนไทย.วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ ; 15 (2) :123-131.
3. วิเชียร ชนะชัย .(2564).ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดแบบราชสำนักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดยโสธร.สรรพ สิทธิเวชสาร; 43(1); 13-20.
4. ผุสดี ก่อเจดีย์ , ชนัญชิดา วงษ์ท้าว และ ปภัชญา เมืองไทยชัย .ผลของการนวดไทยต่อ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.2562 ; 42(2): 106-114.
5. พงษ์ศิริ ปัดถาวะโร . ประสิทธิผลของการนวดราชสำนักในการรักษาอาการปวดหลัง ส่วนล่างเฉียบพลัน โรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ .วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการ และเทคโนโลยีอีสเทิร์น .2562 ; 16(2) :376-387.
6. นิตยา บำรุงเวช และ ศาสตราจารย์นายแพทย์อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต. การรักษา อาการลม อัมพฤกษ์ อัมพาตโดยแพทย์แผนไทย.การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่7.2016.
7. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ยาตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 350 โรคกับ การดูแลรักษาและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ. 2551.
8. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.2560

ช่องว่างของข้อมูลข่าวสารระหว่างทันตแพทย์ กับผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

The information gap between dentists and patients seeking orthodontic treatment

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

เยาวลักษณ์ สุขทวี[1]สุทธิ มาลัยวิจิตรนนท์[2]
Yaowalak Sukthawee[1] Sutti Malaivijitnond[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาช่องว่างของข้อมูลข่าวสารระหว่างทันตแพทย์และผู้รับบริการจัดฟันในบริบทของบริการสุขภาพชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการจัดฟันจำนวน 40 คน และทันตแพทย์จัดฟันจำนวน 5 คน ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: ผู้รับบริการจัดฟันให้ความสำคัญกับข้อมูลด้านค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา และผลลัพธ์ด้านความสวยงาม ขณะที่ทันตแพทย์ให้ความสำคัญกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก แผนการรักษา ผลกระทบระยะยาว และความเสี่ยงของการรักษา แหล่งข้อมูลหลักของผู้รับบริการคืออินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในบางประเด็น
คำสำคัญ: การสื่อสารสุขภาพ, ทันตกรรมจัดฟัน, สุขภาพชุมชน, ช่องว่างของข้อมูล

Abstract

This study was survey research aimed to explore the information gap between orthodontists and patients seeking orthodontic treatment within a community healthcare setting. A study was conducted using in-depth interviews with 40 patients undergoing orthodontic treatment and 5 orthodontists at King Narai Hospital, Lopburi Province, Thailand. Data were analyzed using content analysis.

Results**:** Patients primarily emphasized information related to treatment costs, treatment duration, and esthetic outcomes, whereas orthodontists focused on clinical indications, treatment planning, long-term oral health outcomes, and potential risks associated with orthodontic treatment. The internet and social media were the main sources of information for patients, contributing to misunderstandings regarding orthodontic care.
Keywords: health communication, orthodontic treatment, community health, information gap

บทนำ

ความสำเร็จของการดูแลฟันที่มีคุณภาพสูงส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยคือกระบวนการในการส่ง รับ และตีความข้อมูลผ่านช่องทางทั้งที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย[1] ในการดูแลทันตกรรมสมัยใหม่ทั่วโลก การสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผ่านการพบปะตัวต่อตัวแบบดั้งเดิม หรือผ่านช่องทางการสื่อสารทางไกลที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางโทรคมนาคม[2] การสื่อสารทางโทรคมนาคมเป็นวิธีการที่มีนวัตกรรมที่มีศักยภาพมหาศาลในการเปลี่ยนแปลงการให้บริการทันตกรรม เราจำเป็นต้องยอมรับและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีการสื่อสารทางโทรคมนาคมนี้เพื่อ

[1] ว.ท. (ทันตกรรมจัดฟัน) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบ้านหมี่ ลพบุรี ประเทศไทย
[2] อ.ท. (ทันตกรรมจัดฟัน) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ประเทศไทย

พัฒนาคุณภาพการดูแลทันตกรรม การสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในการให้บริการดูแลสุขภาพช่องปาก[3] ซึ่งรับประกันว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลทันตกรรมที่ถูกต้อง เข้าใจการวินิจฉัยและทางเลือกในการรักษา และได้รับการสนับสนุนตลอดกระบวนการทั้งหมด ในทางกลับกันหากการสื่อสารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการดูแลทันตกรรมที่เหมาะสม พวกเขาอาจไม่เข้าใจการวินิจฉัยและทางเลือกในการรักษา และอาจขาดการสนับสนุนในระหว่างการรักษาทั้งหมด[4] นอกจากนี้การสื่อสารที่ไม่เพียงพอระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องข้อหาทางการแพทย์ด้านทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญ[5,6] ในสาขาทันตกรรมได้มีการสำรวจการสื่อสารทางวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เนื่องมาจากทางเลือกในการรักษาทางทันตกรรมมักจะถูกมองว่าเป็นทางเลือกที่มีความยืดหยุ่นมากกว่าการตัดสินใจรักษาทางการแพทย์ นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของการบริโภคนิยมและผู้บริโภคที่มีความรู้มากขึ้นการเปลี่ยนแปลงในความคิดเห็นของสาธารณชนได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในลักษณะการสื่อสารที่มีความโต้ตอบมากขึ้น[7] ในความเป็นจริง ทันตแพทย์จำนวนมากขึ้นได้เรียกผู้ที่พวกเขาดูแลว่า “ลูกค้า” แทนที่จะเรียกว่า “ผู้ป่วย” การเปลี่ยนแปลงในมุมมองนี้บ่งชี้ว่าผู้รับการดูแลสมควรที่จะมีส่วนร่วมมากขึ้นในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตน[8]

การจัดฟันเป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้มารับบริการให้ความสนใจจำนวนมาก สำหรับในทางทันตกรรมนั้นเป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อให้ได้การสบฟันปกติ อันประกอบด้วย 1) ทำให้สุขภาพของอวัยวะในช่องปากปกติ ไม่มีพยาธิสภาพใดๆ 2) ทำให้ระบบเคี้ยวทำหน้าที่ได้ดี 3) ทำให้การสบฟันสมดุลมั่นคง และ 4) ทำให้เกิดความสวยงามของฟันและใบหน้า[9] โดยในทัศนคติของทันตแพทย์จัดฟันส่วนใหญ่ จะเน้นประโยชน์ 3 ประการแรก ซึ่งจะได้ความสวยงามตามมา แต่ในทัศนคติของผู้รับบริการนั้นจะมาด้วยความสวยงามเป็นหลัก ซึ่งบางรายไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ก็ยืนยันต้องการรักษา เนื่องจากไม่เข้าใจความจำเป็นในการจัดฟันที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการจัดฟันตามมามากมาย[10] ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับช่องว่างของข้อมูลข่าวสารระหว่างทันตแพทย์ กับผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดฟันที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาช่องว่างของข้อมูลข่าวสารระหว่างทันตแพทย์ กับผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1. ผู้มารับบริการจัดฟัน ในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 30 สิงหาคม 2568 คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้มารับบริการจัดฟันทุกราย

ขนาดตัวอย่าง กำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวณค่า effect size เท่ากับ 0.45 (ขนาดกลาง) อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1-β) เท่ากับ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant-α) เท่ากับ 0.05 นำมาเข้า G*program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน

2. ทันตแพทย์จัดฟัน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 5 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้มารับบริการจัดฟัน

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ประกอบด้วยแนวคำถาม

- สาเหตุที่ต้องการจัดฟัน
- ข้อมูลที่ต้องการทราบในการจัดฟัน
- แหล่งแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดฟัน
- ข้อดีของการจัดฟัน
- ข้อเสียการจัดฟัน

ทันตแพทย์จัดฟัน

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ประกอบด้วยแนวคำถาม

- ข้อบ่งชี้ในการจัดฟัน
- ข้อมูลที่ผู้มารับบริการจัดฟันควรทราบ
- แหล่งเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดฟัน
- ข้อดีของการจัดฟัน
- ข้อเสียการจัดฟัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ กำหนดการนัดหมาย และขอบันทึกเทป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี รหัสงานวิจัย KNH 65/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน พบว่า ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 34 คน (85%) อายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 22 คน (55%) รองลงมาอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 11 คน (27.5%) ประกอบอาชีพ พนักงานบริษัท จำนวน 13 คน (32.5%) รองลงมารับราชการจำนวน 10 คน (25%) ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 13 คน (32.5%) รองลงมาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 10 คน (25%)

2. มุมมองของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดฟันในกลุ่มผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 40 คน

2.1. สาเหตุที่ต้องการจัดฟัน สาเหตุสำคัญที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันคิดว่าต้องการจัดฟัน ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพฟันและการสบฟัน จำนวน 25 คน (42%) เป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง เช่น ฟันซ้อน ฟันยื่น ฟันสบผิด ปวดเหงือก เคี้ยวไม่ถนัด 2) ปัญหาเรื่องความสวยงามและความมั่นใจ จำนวน 20 คน (33%) ผู้เข้ารับการจัดฟันต้องการยิ้มสวย ปรับโครงหน้า หน้าเรียว ฟันตรงสวย 3) การให้ความสำคัญกับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน จำนวน 5 คน (8%) เช่น ฟันห่าง ฟันบิด ทำให้เพื่อนทัก อยากไม่โดนล้อ 4) ความอยากลองเทรนด์/แฟชั่น จำนวน 3 คน (5%) เช่น อยากใส่แบบใส ทำตามรีวิว มีรอยยิ้มอินเทรนด์ 5) อิทธิพลของผู้ปกครอง จำนวน (5%) เช่น แม่อยากให้จัดตั้งแต่เด็ก 6) ได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์ จำนวน 4 คน (7%) แนะนำเนื่องจากฟันสบผิด หรือ ต้องผ่าตัดกราม

2.2. ข้อมูลที่ต้องการทราบในการจัดฟัน ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดฟันที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต้องการทราบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ (1) ค่าใช้จ่าย จำนวน 15 คน (25%) (2) ระยะเวลาในการจัดฟัน จำนวน 14 คน (23%) (3)

ขั้นตอนการรักษา จำนวน 13 คน (22%) (4) ผลการรักษา จำนวน 11 คน (18%) (5) สถานที่จัดฟัน จำนวน 7 คน (12%)

2.3. แหล่งแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดฟัน แหล่งแสงหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดฟันที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันมองว่าเหมาะสมและง่ายต่อการเข้าถึงมากที่สุด ได้แก่ (1) อินเทอร์เน็ต เช่น Google, Facebook, TikTok, Instagram, YouTube จำนวน 28 คน (47%) (2) ผู้ที่มีประสบการณ์จัดฟัน เช่น รีวิวเพื่อน, เพื่อนร่วมงาน, เพื่อนในโรงเรียน, รีวิวจากคนดัง จำนวน 12 คน (20%) (3) ทันตแพทย์ ปรึกษาทันตแพทย์, ทันตแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 11 คน (18%) (4) สื่อสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับการจัดฟัน เช่น บทความในเว็บสุขภาพ, บทความทันตกรรม, งานสัมมนาทางการแพทย์ จำนวน 6 คน (10%)

2.4. ข้อดีของการจัดฟัน ข้อดีของการจัดฟันในมุมมองของผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ได้แก่ (1) ความสวยงาม เช่น ฟันเรียงสวย ยิ้มสวย หน้าดูเรียว จำนวน 25 คน (42%) (2) การพัฒนาบุคลิกภาพ และเสริมสร้างความมั่นใจ เช่น ยิ้มมั่นใจ มั่นใจเข้าสังคม

2.5. ข้อเสียของการจัดฟัน ข้อเสียของการจัดฟันในมุมมองของผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ได้แก่ (1) ความเจ็บปวดระหว่างขั้นตอนการรักษา เช่น เจ็บเวลาปรับลวด เจ็บช่วงแรก เครื่องมือกวนเวลาออกเสียง จำนวน 28 คน (47%) 2) ความลำบากในการรับประทานอาหาร เช่น ต้องระวังอาหารแข็ง ช่วงแรกเคี้ยวยาก เคี้ยวไม่สะดวก จำนวน 17 คน (28%) 3) ค่าใช้จ่ายที่สูง เช่น ต้องผ่อนชำระค่าใช้จ่ายแบบใสแพง จำนวน 14 คน (25%)

3. มุมมองของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดฟัน ในกลุ่มทันตแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษา 5 คน

3.1. ข้อบ่งชี้ในการจัดฟัน ได้แก่ 1) ความผิดปกติในการสบฟัน (Malocclusion / Functional Issues) เช่น deep bite / open bite, Class II / III, crossbite, ฟันซ้อนเก–ฟันห่าง, ฟันเขี้ยวค้าง/ฝัง (impacted canine), การเตรียมช่องว่างก่อนใส่รากฟันเทียม, ความผิดปกติของฐานกระดูกขากรรไกร (skeletal discrepancies), functional shift, midline deviation, transverse deficiency, การแก้ไข overjet มาก 2) ความต้องการของผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน (Personal / Esthetic Motivation) เช่น ต้องการความสวยงามของรอยยิ้ม ปรับบุคลิกภาพ / เสริมความมั่นใจ แก้ไขปัญหาการพูด/เสียง การรักษาแบบสหสาขา (interdisciplinary treatment)

3.2. ข้อมูลที่ผู้มารับบริการจัดฟันควรทราบ ได้แก่ 1) ความจำเป็นในการจัดฟัน เข้าใจว่าการจัดฟันช่วยแก้ไขความผิดปกติของฟัน/ขากรรไกร, ปรับการบดเคี้ยว, ลดความเสี่ยงฟันสึกหรือฟันบาดเจ็บ 2) ทันตแพทย์จัดฟัน ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันควรทราบว่าใครเป็นผู้เชี่ยวชาญ (orthodontist) วิธีเลือกทันตแพทย์ที่เชี่ยวชาญและน่าเชื่อถือ 3) การเตรียมช่องปากก่อนการจัดฟัน สุขภาพฟันและเหงือกต้องดี อาจต้องอุดฟัน, รักษาเหงือก, ถอนฟันในบางกรณี การพิมพ์ปาก/สแกนดิจิทัล, รังสีวิเคราะห์ 4) แผนการรักษา ระยะเวลาโดยเฉลี่ย 18–30 เดือน การนัดติดตามทุก 4–8 สัปดาห์ วิธีการจัดฟัน แบร็กเก็ตโลหะ/เซรามิก, aligner, TADs, extraction vs non-extraction, ผ่าตัดร่วมกรณีรุนแรง ปัจจัยกำหนดแผน ชนิดความผิดปกติ, การเจริญเติบโต, สภาพปริทันต์, ความคาดหวัง 5) การคงสภาพหลังจัดฟัน เช่น ใส่รีเทนเนอร์ระยะยาว ลดโอกาสฟันกลับเป็นซ้ำ (relapse) การติดตามสุขภาพช่องปากหลังจัดฟัน

3.3. แหล่งเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดฟัน ได้แก่ 1) อินเทอร์เน็ต เช่น Social media: Facebook, Instagram, TikTok, YouTube เว็บไซต์โรงพยาบาลหรือคลินิกทันตกรรม 2) โทรทัศน์ เช่น

รายการสุขภาพ, โฆษณาเกี่ยวกับทันตกรรม 3) โรงเรียน เช่น บทเรียนสุขศึกษา, กิจกรรมให้ความรู้ด้านทันตกรรม 4) วิทยุ รายการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องต่างๆ 5) สื่อสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับการจัดฟัน เช่น แผ่นพับ, คู่มือคลินิก, นิตยสารทันตกรรม

3.4. ข้อดีของการจัดฟัน ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการบดเคี้ยว และการสบฟัน เช่น ช่วยให้ฟันสบกันดีขึ้น การบดเคี้ยวมีประสิทธิภาพ ลดการสึกผิดปกติของฟัน 2) ความสวยงาม เช่น ปรับรอยยิ้มและสัดส่วนฟัน–เหงือก เพิ่มความกลมกลืนของใบหน้า 3) การพัฒนาบุคลิกภาพ และเสริมสร้างความมั่นใจ เช่น ช่วยให้มั่นใจเวลายิ้ม/พูด ส่งผลบวกต่อบุคลิกภาพและความเชื่อมั่น

3.5. ข้อเสียของการจัดฟัน ได้แก่ 1) ความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ และเหงือกอักเสบ เช่น คราบฟันรอบแบร็กเก็ตทำให้ทำความสะอาดยาก ต้องดูแลสุขอนามัยเคร่งครัด 2) ความเสี่ยงในการเกิดรากฟันละลาย จากการเคลื่อนฟัน เช่น การเคลื่อนฟันมากหรือแรงมากเป็นเวลานาน อาจทำให้รากฟันสั้นลง (root resorption) 3) การคืนกลับของฟัน (Relapse) เช่น ฟันอาจเคลื่อนกลับสู่ตำแหน่งเดิมหลังจัดฟัน จำเป็นต้องใส่รีเทนเนอร์และติดตามต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน พบว่า ผู้หญิงมีจำนวนมากกว่าผู้ชาย โดยมีสัดส่วนถึง 85% ของจำนวนผู้มารับบริการ ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสนใจในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในกลุ่มผู้หญิง อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความต้องการในเรื่องความสวยงามหรือการดูแลรักษาฟัน ซึ่งผู้หญิงมักจะให้ความสำคัญมากกว่าในบางกรณี[11] อย่างไรก็ตามช่องว่างของข้อมูลในด้านนี้อาจมาจากการที่ข้อมูลไม่ได้เจาะลึกถึงเหตุผลในการเลือกบริการจากทั้งสองเพศ หรือการขาดการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ชายมากพอ

อายุ กลุ่มอายุที่มารับบริการส่วนใหญ่คือ 21-30 ปี (55%) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่วงวัยที่มีความต้องการดูแลฟันหรือจัดฟันมากที่สุด โดยเฉพาะในวัยที่มีการทำงานและเริ่มมีฐานะทางการเงินพอสมควร การเลือกใช้บริการในช่วงวัยนี้อาจเป็นผลจากการที่คนในวัยนี้มีความกังวลในเรื่องภาพลักษณ์หรือการปรับปรุงความสวยงามของฟัน[12] อย่างไรก็ตามช่องว่างที่อาจเกิดขึ้นคือการขาดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการในกลุ่มผู้สูงวัย เช่น ผู้ที่อยู่ในช่วง 31-40 ปี (27.5%) ซึ่งอาจมีความต้องการที่แตกต่างกัน

อาชีพ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่คือ พนักงานบริษัท (32.5%) และ รับราชการ (25%) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาชีพที่มีฐานรายได้มั่นคงมีแนวโน้มเข้ามารับบริการมากกว่า ข้อมูลนี้อาจบ่งชี้ถึงช่องว่างในข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ที่มีรายได้น้อยหรืออาชีพที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประกันสุขภาพ อาจมีความรู้สึกว่าไม่สามารถเข้าถึงการรักษาดังกล่าวได้ หรืออาจไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับราคาหรือการสนับสนุนทางการเงิน

ระดับการศึกษา จากข้อมูลพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (32.5%) มีการเข้ารับบริการมากที่สุด รองลงมาคือผู้ที่จบระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (25%) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการ หากพิจารณาจากข้อมูลนี้ช่องว่างของข้อมูลอาจอยู่ที่การขาดการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า หรือผู้ที่อาจไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ดีพอ

ความแตกต่างระหว่างมุมมองของผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันและทันตแพทย์

1. จากการศึกษานี้พบว่า ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ให้ความสำคัญกับการจัดฟันในแง่ของความสวยงาม และ การเสริมความมั่นใจ โดยมีเหตุผลหลักจากความต้องการมีฟันที่เรียงสวย ยิ้มมั่นใจ และปรับรูปร่างใบหน้าให้ดูดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัย

ที่ทำให้ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันมักมองการจัดฟันเป็นการปรับปรุงลักษณะภายนอกมากกว่าการรักษาปัญหาฟันที่มีอยู่ ในขณะที่ ทันตแพทย์ มองการจัดฟันในแง่ของการรักษาฟันและปัญหาทางการแพทย์ เช่น การแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ (malocclusion) การปรับสมดุลการบดเคี้ยว และการแก้ไขปัญหาฟันที่อาจส่งผลต่อสุขภาพช่องปากในระยะยาว[13] เช่นการศึกษาของ Rosenstiel et al. (2018) ระบุว่าทันตแพทย์จะมีการประเมินการจัดฟันจากมุมมองทางการแพทย์มากกว่าการให้ความสำคัญกับการปรับปรุงภายนอก[14]

ช่องว่างของข้อมูล: ความแตกต่างนี้สะท้อนถึงช่องว่างของข้อมูลที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันไม่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ และการป้องกันปัญหาสุขภาพฟันในระยะยาวจากทันตแพทย์ เช่น การเกิดฟันผุ การเสี่ยงต่อโรคเหงือกจากการไม่ทำความสะอาดช่องปากอย่างถูกต้องระหว่างการจัดฟัน[15]

2. ข้อมูลที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต้องการทราบและแหล่งข้อมูลที่ใช้อ้างอิง จากผลการศึกษา พบว่า ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ส่วนใหญ่ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และ ระยะเวลา ที่จะใช้ในการรักษาการจัดฟัน ข้อมูลเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker, R., & Wilson, P[16] ที่พบว่าผู้รับบริการมักมีความกังวลเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่าย ในการรักษา และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการจัดฟัน การที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน พึ่งพาอินเทอร์เน็ต เป็นแหล่งข้อมูลหลักในการหาคำตอบสำหรับคำถามเหล่านี้ เช่น การใช้ โซเชียลมีเดีย (Facebook, TikTok, Instagram) หรือ เว็บไซต์รีวิวต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงในการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่มีความน่าเชื่อถือ ข้อเสียของการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากอินเทอร์เน็ตที่อาจทำให้เกิดการเข้าใจผิดหรือการได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อน[17,18]

ช่องว่างของข้อมูล: ช่องว่างนี้สะท้อนถึงการขาดการสื่อสารจาก ทันตแพทย์ เกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญ เช่น ค่าใช้จ่ายที่แท้จริง, ข้อดีและข้อเสียของแต่ละประเภทของการจัดฟัน (แบร็กเก็ต, aligner, หรือการรักษาผ่าตัด) ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถช่วยให้ผู้มารับบริการทำการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง[19]

3. ข้อดีและข้อเสียของการจัดฟันในมุมมองของผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันและทันตแพทย์

การที่ ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน มองข้อดีของการจัดฟันในแง่ของ ความสวยงาม และ การพัฒนาบุคลิกภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสูงสุด เช่น การมีฟันเรียงสวย ยิ้มมั่นใจ และหน้าเรียว ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลต่อ ความมั่นใจในตนเอง และความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม อย่างไรก็ตาม ข้อเสีย ที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันพบ ได้แก่ ความเจ็บปวดระหว่างการรักษา และความลำบากในการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะในช่วงแรกของการจัดฟัน ในขณะที่ ทันตแพทย์ ให้ความสำคัญกับข้อดีในแง่ของการรักษาฟัน เช่น การปรับการสบฟัน ให้ถูกต้อง การพัฒนา ระบบการบดเคี้ยว ที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาฟันผุหรือเหงือกอักเสบ[20]
ข้อเสียจากมุมมองของทันตแพทย์เกี่ยวกับการจัดฟัน ได้แก่ ความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ และการเสี่ยงในการเกิด รากฟันละลาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเคลื่อนฟันที่ไม่เหมาะสม[21]

ช่องว่างของข้อมูล: การที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาว จากการจัดฟัน เช่น ความเสี่ยงในการเกิดฟันผุและเหงือกอักเสบ อาจทำให้พวกเขาไม่ได้เตรียมตัวรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการจัดฟัน

4. การเผยแพร่ข้อมูลและช่องทางการสื่อสาร จากการศึกษา พบว่า อินเทอร์เน็ต และ โซเชียลมีเดีย เป็นแหล่งข้อมูลหลักที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันใช้ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดฟัน แต่การพึ่งพาแหล่งข้อมูลเหล่านี้อาจทำให้เกิดความสับสนหรือเข้าใจผิด เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับจากโซเชียลมีเดียบางครั้งไม่เป็นทางการและไม่ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ[22] การเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือจากแหล่งที่มีมาตรฐาน เช่น เว็บไซต์ของคลินิกทันตกรรม หรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านการจัดฟันในโรงเรียน จะช่วยลดช่องว่างของข้อมูลระหว่าง ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน และ ทันตแพทย์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ช่องว่างของข้อมูล: ช่องว่างในข้อมูลเกิดขึ้นจากการที่ ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดฟันจากแหล่งที่เชื่อถือได้ซึ่งอาจส่งผลให้พวกเขาเลือกเข้ารับการรักษาจากแหล่งที่ไม่ได้มาตรฐานหรือเลือกวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสม

5. แนวทางการปรับปรุงการสื่อสารและการเผยแพร่ข้อมูล เพื่อปรับปรุงการสื่อสารและลดช่องว่างของข้อมูลข่าวสารระหว่างในกลุ่มผู้รับบริการและทันตแพทย์ การพัฒนาแหล่งข้อมูลออนไลน์ ที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้จะช่วยให้ ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริงได้ง่ายขึ้น โดยการจัดทำเว็บไซต์ที่รวบรวมข้อมูลการจัดฟันจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย, ประเภทของการจัดฟัน, ข้อดีและข้อเสีย รวมถึง ความเสี่ยงและข้อจำกัดของการรักษา อีกหนึ่งแนวทางคือการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดฟันที่โรงเรียน หรือการจัดสัมมนาทางการแพทย์ที่จะทำให้ผู้ปกครองและผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเข้าใจถึง ความสำคัญของการเลือกผู้เชี่ยวชาญ และการรักษาอย่างมีข้อมูลที่ถูกต้อง

สรุป

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของข้อมูลข่าวสาร ระหว่างผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน และทันตแพทย์ ในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดฟัน โดยเฉพาะในแง่ของการสื่อสารและการรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดฟัน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

มุมมองที่แตกต่างกันระหว่างผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันและทันตแพทย์ ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดฟันในแง่ของการปรับความสวยงาม และการเสริมสร้างความมั่นใจ เช่น การมีฟันเรียงสวย ยิ้มมั่นใจ และหน้าที่ดูดีขึ้น ทันตแพทย์มองการจัดฟันในแง่ของการ รักษาปัญหาฟัน และการปรับสมดุลการสบฟันที่อาจส่งผลต่อการบดเคี้ยวและสุขภาพช่องปากในระยะยาว ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันส่วนใหญ่ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับ ค่าใช้จ่าย, ระยะเวลาในการรักษา, และ ขั้นตอนการจัดฟัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ แต่ข้อมูลที่ได้จาก โซเชียลมีเดีย และแหล่งข้อมูลออนไลน์อื่น ๆ อาจไม่ถูกต้องหรือขาดความเชื่อถือได้

ข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันระหว่างผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันและทันตแพทย์ ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน มองข้อดีของการจัดฟันในแง่ของการมีฟันสวย และ การพัฒนาบุคลิกภาพ แต่ก็พบข้อเสียในเรื่องความเจ็บปวด และความลำบากในการรับประทานอาหาร ทันตแพทย์เน้นถึงข้อดีที่เกี่ยวกับ การปรับการสบฟัน และ ลดความเสี่ยงทางการแพทย์ แต่ก็เตือนถึงข้อเสีย เช่น ความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ และการละลายของรากฟัน

ช่องว่างของข้อมูล การที่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน พึ่งพาแหล่งข้อมูลที่ไม่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น โซเชียลมีเดีย ทำให้เกิดความเข้าใจ

ผิดหรือการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ขณะที่ ทันตแพทย์ อาจไม่ได้สื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการจัดฟันและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

แนวทางการปรับปรุงการสื่อสารและการเผยแพร่ข้อมูล การพัฒนา แหล่งข้อมูลออนไลน์ที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ของคลินิกทันตกรรม หรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน จะช่วยลดช่องว่างข้อมูลนี้ และช่วยให้ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันและผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ควรมีการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและชัดเจนเกี่ยวกับการจัดฟันจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น ทันตแพทย์ หรือเว็บไซต์ทางการของคลินิกทันตกรรม

2. การใช้ช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่าย การใช้ช่องทางออนไลน์ เช่น โซเชียลมีเดียและเว็บไซต์ เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้แก่ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันและผู้ปกครอง

3. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ เช่น การจัดสัมมนาหรือกิจกรรมในโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและการจัดฟัน จะช่วยให้ผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น

4. การลดช่องว่างของข้อมูลระหว่างทันตแพทย์และผู้มารับบริการจะช่วยให้กระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดฟันมีความโปร่งใสและมีความเข้าใจที่ตรงกันมากขึ้น ลดความผิดพลาดจากการได้รับข้อมูลที่ผิดหรือไม่ครบถ้วนจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ

เอกสารอ้างอิง

1. Ho CY, Chai H, Lo EC, Huang Z, Chu CH.(2024). Communication between dentists and patients for quality oral healthcare. Front Oral Health. 2024.
2. Waylen A.(2017). The importance of communication in dental practice. J Dent Pract. 2017;44(8):774–780.
3. Woelber, J.P.; Deimling, D.; Langenbach, D.; Ratka-Krüger, P.(2012). The importance of teaching communication in dental education. A survey amongst dentists, students and patients. Eur. J. Dent. Educ. 2012; 16:200-204.
4. Parker MA.(2007). A perspective on doctor-patient communication in the dental office. North Carolina Med J. 2007;68(5):365–367.
5. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM.(1997). Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims. JAMA. 1997;277:553–559.
6. Taibah SM, Abuhaimed TS.(2020). Medical malpractice litigation in dentistry. Saudi Dent J. 2020;32:171–175.
7. Roter DL, Hall JA.(2006). Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors. 2nd ed. Westport: Praeger; 2006.
8. Sun N, Rau PLP.(2017). Barriers to improve physician–patient communication in a primary care setting: Perspectives of Chinese physicians. Health Psychol Behav Med. 2017;5:166–176.
9. Zhao Y, Shi X, Liu J, Huo R, Xia K, Wang Y, Zhu G, Lu W, Zhang L, Meng Y, et al.(2024). Patients' perceptions matter: Risk communication and psychosocial factors in orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2024;166:393–403.
10. Glick M, Williams DM.(2021). FDI Vision 2030: Delivering optimal oral health for all. Int Dent J. 2021;71:3.

11. Hamasaki T, Hagihara A.(2021). Dentists' legal liability and duty of explanation in dental malpractice litigation in Japan. Int Dent J. 2021;71:300–308.
12. กีรติ ประยูรพันธ์.(2560). การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางทันตกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
13. สมพร แสงสุข.(2562). พฤติกรรมการใช้บริการทางทันตกรรมจัดฟันของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ. 2562;34(2):56–72.
14. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM.(2018). Contemporary Orthodontics. 5th ed. Elsevier; 2018.
15. Koidou VP, Chatzopoulos GS, Rosenstiel SF.(2018). Quantification of facial and smile esthetics. J Prosthet Dent. 2018 Feb;119(2):270–277.
16. Bishara SE.(1992). Impacted maxillary canines: A review. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1992;101(2):159–171.
17. Baker R, Wilson P.(2019). Factors influencing orthodontic treatment decisions: A survey of adolescent patients. J Orthod. 2019;46(4):237–243.
18. Hughes S.(2018). The impact of social media on dental health information seeking. Int J Dent Hyg. 2018;16(1):32–39.
19. Wong Y.(2020). The influence of social media on adolescent health education. Pediatrics. 2020;146(6):83–89.
20. Miller AR, Schwartz M.(2020). The role of patient experiences in orthodontic care. Orthodontic Perspect. 2020;27(2):102–107.
21. Al-Bayaty H, Al-Harthi M, Ismail N.(2017). Root resorption associated with orthodontic treatment: A review of the literature. J Orthod. 2017;44(3):207–212.
22. Simmons ML, Wang L.(2020). Media as a tool for public health: How online platforms influence dental health behavior. J Public Health Commun. 2020;22(4):305–312.

การพัฒนาแนวทางการให้บริการรังสีการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

Development of a Medical Radiology Service Guideline during the COVID-19 Pandemic at Amnatcharoen Hospital

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

กฤษณะ ชาตาสุข[1]
Kritsana Chatasuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเปรียบเทียบก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และประเมินผลแนวทางการให้บริการรังสีการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างด้านผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จำนวน 1,182 ราย แบ่งเป็นก่อนพัฒนา 570 ราย และหลังพัฒนา 612 ราย และบุคลากรที่เกี่ยวข้องตอบแบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 44 คน แนวทางบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย Patient Identification, Remote Chest Stand of Amnatcharoen, Mobile X-ray Service, X-Ray Drive Thru for CI & HI Amnatcharoen Model, PACS/Teleradiology และ Alert System เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินการถ่ายภาพซ้ำ แบบวิเคราะห์กระบวนการและระยะเวลา แบบบันทึกทรัพยากร และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ independent samples t-test with Welch correction

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำลดลงจากร้อยละ 3.46 เป็นร้อยละ 1.45 ลดลงร้อยละ 58.09 และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.037) ระยะเวลาการให้บริการเฉลี่ยลดลงจาก 46.0±8.6 นาที เป็น 13.0±4.1 นาที ลดลงร้อยละ 71.74 (p<0.001) การใช้ชุด Full-PPE ลดลง 30 ชุดต่อเดือน คิดเป็นค่าใช้จ่ายลดลง 4,500 บาทต่อเดือน และบุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31±0.45 ผลการศึกษาสะท้อนว่าแนวทางบริการที่บูรณาการนวัตกรรมทางรังสีการแพทย์กับระบบดิจิทัลช่วยลดคอขวดของระบบบริการ ลดการถ่ายภาพซ้ำ ลดระยะเวลาบริการ ลดการใช้ทรัพยากร และสนับสนุนความปลอดภัยเชิงกระบวนการของบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: รังสีการแพทย์, โควิด-19, ภาพถ่ายรังสีทรวงอก, รังสีวิทยาทางไกล, การพัฒนาคุณภาพบริการ

Abstract

This action research by before-and-after study aimed to identify service problems, develop a medical radiology service guideline, and evaluate its outcomes at Amnatcharoen Hospital. The patient sample consisted of 1,182 patients undergoing chest radiography, including 570 before implementation and 612 after implementation. Forty-four involved health personnel completed the satisfaction assessment. The developed service model integrated Patient Identification, the Remote Chest Stand of Amnatcharoen, Mobile X-ray Service, X-Ray Drive Thru for Community Isolation and Home Isolation, PACS/Teleradiology, and an Alert System. Data were collected using repeat radiography records, Workflow time records, resource-use records, and a personnel satisfaction questionnaire. Descriptive statistics, chi-square test, and independent samples t-test with Welch correction were used for analysis.

The chest radiography Repeat Rate decreased from 3.46% to 1.45%, representing a 58.09% reduction, with statistical significance (p=0.037). The mean total service time decreased from 46.0±8.6 minutes to 13.0±4.1 minutes, representing a 71.74% reduction (p<0.001). Full-PPE use decreased by 30 sets per month, equivalent to a cost reduction of 4,500 baht per month. Overall personnel satisfaction was at a

[1] นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

high level, with a mean score of 4.31±0.45. The findings indicate that a medical radiology service guideline integrating radiographic innovation and digital Workflow can reduce Workflow bottlenecks, repeat imaging, service time, and resource use while supporting staff safety during a public health emergency.
Keywords: Medical radiology, COVID-19, Chest radiography, Teleradiology, Quality improvement

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องปรับรูปแบบบริการอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความแออัด ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานรังสีวิทยาได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งด้านรูปแบบบริการ ภาระงาน กระบวนการทำงาน การควบคุมการติดเชื้อ และสุขภาวะของบุคลากร เนื่องจากต้องสนับสนุนการคัดกรอง ประเมินความรุนแรง และติดตามอาการของผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง[1,2]

ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเป็นการตรวจที่มีบทบาทสำคัญในสถานการณ์โควิด-19 เนื่องจากเข้าถึงได้รวดเร็ว ใช้เวลาตรวจไม่นาน มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และสามารถให้บริการด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ณ จุดดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง จึงช่วยลดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ลดความแออัดของพื้นที่บริการ และลดโอกาสปนเปื้อนของพื้นที่ภายในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยโควิด-19 มีข้อจำกัดจากอาการเหนื่อยง่าย ไอ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก หรือไม่สามารถยืนได้นาน ทำให้การจัดท่าและการควบคุมคุณภาพภาพถ่ายยากขึ้น[3,4]

การถ่ายภาพรังสีซ้ำเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สะท้อนปัญหาด้านการจัดท่า ภาพไม่ครอบคลุมอวัยวะ ผู้ป่วยขยับ ระดับ Exposure ไม่เหมาะสม หรือปัญหาการส่งภาพเข้าสู่ระบบดิจิทัล การลด Repeat Rate จึงมีความสำคัญทั้งด้านคุณภาพภาพถ่าย การลดการได้รับรังสีซ้ำโดยไม่จำเป็น การลดภาระงานของบุคลากร และการลดการใช้ทรัพยากรในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัด[5]

ระบบ PACS/Teleradiology และการทำงานจากระยะไกลมีบทบาทมากขึ้นในช่วงการระบาด เนื่องจากช่วยให้ภาพถ่ายรังสีถูกส่งเข้าสู่ระบบกลาง รังสีแพทย์เข้าถึงภาพและแปลผลได้จากระยะไกล ลดข้อจำกัดด้านสถานที่ และสนับสนุนความต่อเนื่องของบริการ การออกแบบระบบแจ้งเตือนยังช่วยลดการพึ่งพาการโทรศัพท์ ลดการสื่อสารตกหล่น และเพิ่มความรวดเร็วของการใช้ผลตรวจทางรังสี[6,7,11]

โรงพยาบาลอำนาจเจริญเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ต้องให้บริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ในหลายพื้นที่ เช่น ARI Clinic, CIW, Home Isolation, Community Isolation, Cohort ward, Isolation room, โรงพยาบาลสนาม และเรือนจำ ระบบบริการเดิมพบคอขวดสำคัญ ได้แก่ การดึงข้อมูลจาก Worklist ล่าช้า การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยก่อนออกบริการ การจัดท่าในพื้นที่เสี่ยง การส่งภาพเข้าสู่ PACS จากพื้นที่นอกแผนกรังสีวิทยา และการแจ้งผลตรวจด้วยโทรศัพท์เป็นหลัก

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางการให้บริการรังสีการแพทย์ที่บูรณาการนวัตกรรมการจัดท่าระยะไกล เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ระบบ PACS/Teleradiology และระบบแจ้งเตือน เพื่อให้กระบวนการตั้งแต่การรับคำสั่งตรวจ การระบุตัวผู้ป่วย การถ่ายภาพ การส่งภาพ การแปลผล และการแจ้งผลตรวจเชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน โดยมุ่งลดขั้นตอนซ้ำซ้อน ลดอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ลดระยะเวลาบริการ ลดการใช้ทรัพยากร ลดโอกาสการสัมผัสผู้ป่วยซ้ำ และเพิ่มคุณภาพบริการรังสีการแพทย์ในภาวะโรคระบาด[8-10,13]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ข้อจำกัด และจุดคอขวดของระบบบริการรังสีการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการรังสีการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

3. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและคุณภาพบริการก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางบริการ โดยใช้ตัวชี้วัดอัตราการถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำ และระยะเวลาการให้บริการ

4. เพื่อประเมินผลของแนวทางบริการต่อการลดการปฏิบัติงานซ้ำในพื้นที่เสี่ยง การใช้ทรัพยากร และค่าใช้จ่ายด้านชุดป้องกันส่วนบุคคล

5. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อแนวทางบริการที่พัฒนาขึ้น และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นต้นแบบบริการรังสีการแพทย์ในภาวะโรคระบาดหรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและพื้นที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ข้อมูลบริการจริงของกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ระยะก่อนการพัฒนาเก็บข้อมูลเดือนเมษายนถึงกันยายน 2564 และระยะหลังการพัฒนาเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2564 ถึงมีนาคม 2565 พื้นที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มงานรังสีวิทยา คลินิก ARI, CIW, Home Isolation, Community Isolation, Cohort ward, Isolation room, โรงพยาบาลสนาม เรือนจำ และพื้นที่บริการเชิงรุกที่ใช้เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่หรือรูปแบบ X-Ray Drive Thru

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับคำสั่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อคัดกรอง ประเมินความผิดปกติของปอด ติดตามอาการ หรือสนับสนุนการตัดสินใจของแพทย์ และ 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการรังสีการแพทย์หรือการใช้ผลตรวจทางรังสีในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างด้านผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในพื้นที่บริการที่กำหนดของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวนรวม 1,182 ราย โดยใช้วิธีคัดเลือกแบบประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นระยะก่อนการพัฒนา 570 ราย และระยะหลังการพัฒนา 612 ราย กลุ่มตัวอย่างด้านบุคลากร คือ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการรังสีการแพทย์หรือการใช้ข้อมูลภาพถ่ายรังสีในการดูแลผู้ป่วย และตอบแบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจ จำนวน 44 คน

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์คัดเข้าด้านผู้ป่วย ได้แก่ เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับคำสั่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในช่วงเวลาที่กำหนด มีอายุ 20–60 ปี สามารถยืนหรือนั่งเพื่อรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกได้ และรับบริการในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการโควิด-19 ของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี ไม่สามารถยืนหรือนั่งเพื่อรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกได้ ปฏิเสธการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ปฏิเสธการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอก หรือมีข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถคำนวณตัวชี้วัดหลักได้

เกณฑ์คัดเข้าด้านบุคลากร ได้แก่ เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการสั่งตรวจ ถ่ายภาพ ส่งภาพ ตรวจสอบภาพ แปลผล แจ้งผล หรือใช้ผลตรวจทางรังสีในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติงานในหน่วยงานหรือพื้นที่บริการที่เกี่ยวข้องกับแนวทางบริการที่พัฒนาขึ้น และยินดีตอบแบบประเมินโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่เกี่ยวข้องกับระบบ

บริการดังกล่าว ไม่ประสงค์ตอบแบบประเมิน หรือแบบประเมินไม่ครบถ้วนในประเด็นหลัก

แนวทางบริการที่พัฒนาขึ้น

แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Patient Identification เพื่อยืนยัน HN ชื่อ-สกุล รายการตรวจ ประเภทผู้ป่วย และพื้นที่บริการก่อนถ่ายภาพ 2) Remote Chest Stand of Amnatcharoen เพื่อช่วยจัดตำแหน่งแผ่นรับภาพโดยลดการเข้าใกล้ผู้ป่วย 3) Mobile X-ray Service เพื่อให้บริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกใกล้จุดดูแลผู้ป่วย 4) X-Ray Drive Thru for CI & HI Amnat charoen Model สำหรับพื้นที่แยกกักในชุมชนและที่บ้าน 5) PACS/Teleradiology เพื่อส่งภาพและสนับสนุนการอ่านผลจากระยะไกล และ 6) Alert System เพื่อแจ้งเตือนแพทย์เจ้าของไข้หรือรังสีแพทย์เมื่อภาพหรือผลตรวจพร้อมใช้งาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบวิเคราะห์กระบวนการทำงานและระยะเวลาการให้บริการ 2) แบบประเมินการถ่ายภาพเอกซเรย์ซ้ำ 3) แบบบันทึกการใช้ทรัพยากร และ 4) แบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของบุคลากร 5 ระดับ เครื่องมือดังกล่าวใช้เก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย จำนวนภาพถ่าย จำนวนภาพซ้ำ สาเหตุการถ่ายซ้ำ ระยะเวลารวมและระยะเวลารายขั้นตอน จำนวนชุด Full-PPE ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ครอบคลุมงานรังสีการแพทย์ การควบคุมการติดเชื้อ และระบบสารสนเทศทางการแพทย์ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือ IOC กำหนดเกณฑ์ยอมรับตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือมีค่า IOC รายการอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.94–0.96 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง[14]

แบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของบุคลากรได้รับการทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของถ้อยคำและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ผลการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบว่าแบบประเมินโดยรวมมีค่า 0.91 และรายมิติมีค่า 0.88–0.93 จัดอยู่ในระดับดีถึงดีมาก เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินการยอมรับและความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางบริการที่พัฒนาขึ้น[15]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐานเดียวกันทั้งระยะก่อนและหลังการพัฒนา มีการชี้แจงนิยามตัวแปรและวิธีบันทึกแก่ผู้เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกชุดก่อนวิเคราะห์ และตรวจสอบข้อมูลที่ผิดปกติหรือไม่ครบถ้วนกับแหล่งข้อมูลต้นทาง ได้แก่ HIS, Worklist, PACS, แบบบันทึกบริการ และข้อมูลหน่วยงาน ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ถูกบันทึกในรูปแบบรหัสแทนชื่อผู้ป่วยและผู้ตอบแบบประเมิน เพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำด้วย Chi-square test with continuity correction และเปรียบเทียบระยะเวลาการให้บริการด้วย independent samples t-test with Welch correction กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะปลายเปิดวิเคราะห์ด้วยการจัดกลุ่มประเด็นสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลบริการย้อนหลังจากระบบงานประจำและข้อมูลแบบประเมินที่ไม่ระบุตัวตน โดยดำเนินการวิเคราะห์และรายงานผลในภาพรวมภายหลังได้รับการรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 4/2565 ลงวันที่ 8 เมษายน 2565 ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อผู้ป่วยและผู้ตอบแบบประเมิน จำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างด้านผู้ป่วยจำนวน 1,182 ราย แบ่งเป็นระยะก่อนการพัฒนา 570 ราย และระยะหลังการพัฒนา 612 ราย เป็นเพศชาย 594 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.25 และเพศหญิง 588 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.75 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 39.8±10.8 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 752 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.62 และเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 430 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.38

ก่อนการพัฒนา ระบบบริการเดิมมีจุดคอขวดสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านข้อมูลและการระบุตัวผู้ป่วย ข้อจำกัดด้านการจัดท่าและคุณภาพภาพถ่าย ความล่าช้าในการส่งภาพเข้าสู่ PACS ความเสี่ยงจากการสื่อสารผลตรวจด้วยโทรศัพท์ และความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของบุคลากรจากการเข้าใกล้ผู้ป่วยซ้ำหลายครั้ง หลังการพัฒนา ทำให้ได้แนวทางบริการใหม่ที่เชื่อมโยงข้อมูล ผู้ป่วย เครื่องมือ บุคลากร และระบบดิจิทัลเป็น Workflow เดียวกัน

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของแนวทางบริการที่พัฒนาขึ้น

องค์ประกอบ	สาระสำคัญของการพัฒนา	ผลที่คาดต่อระบบบริการ
Patient Identification	ตรวจสอบ HN ชื่อ-สกุล รายการตรวจ และพื้นที่บริการก่อนออกบริการ	ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและคำสั่งตรวจ
Remote Chest Stand of Amnatcharoen	ใช้อุปกรณ์ช่วยจัดตำแหน่งแผ่นรับภาพด้วยรีโมทไร้สาย	ลดการเข้าใกล้ผู้ป่วย ลดการจัดท่าซ้ำ
Mobile X-ray Service	ใช้เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ณ จุดดูแลผู้ป่วย	ลดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและความแออัด
X-Ray Drive Thru for CI & HI	จัดบริการเชิงรุกสำหรับ CI/HI และพื้นที่เฉพาะกิจ	เพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการนำผู้ป่วยเข้าแผนก
PACS/Teleradiology	ส่งภาพเข้าสู่ระบบ PACS และสนับสนุนการอ่านผลจากระยะไกล	ลดเวลาส่งภาพและเพิ่มความต่อเนื่องของการแปลผล
Alert System	แจ้งเตือนแพทย์เจ้าของไข้หรือรังสีแพทย์เมื่อภาพหรือผลตรวจพร้อมใช้	ลดการโทรประสานงานและการสื่อสารตกหล่น

ผู้ป่วยจำนวน 1,182 ราย ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจำนวนรวม 1,200 ภาพ แบ่งเป็นก่อนการพัฒนา 578 ภาพ และหลังการพัฒนา 622 ภาพ หลังการพัฒนา อัตราการถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำลดลงจากร้อยละ 3.46 เหลือร้อยละ 1.45 ลดลง 2.01 จุดร้อยละ หรือร้อยละ 58.09 โดยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างสัดส่วนอยู่ระหว่าง 0.25–3.77 จุดร้อยละ และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=4.331, p=0.037)

ระยะเวลาการให้บริการรวมเฉลี่ยลดลงจาก 46.0±8.6 นาทีต่อครั้ง เป็น 13.0±4.1 นาทีต่อครั้ง ลดลงเฉลี่ย 33.0 นาที หรือร้อยละ 71.74 โดยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 32.22–33.78 นาที และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=83.23, p<0.001)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์หลักก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางบริการ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ผลต่าง/การเปลี่ยนแปลง	การแปลผล
จำนวนผู้ป่วย	570 ราย	612 ราย	+42 ราย	ปริมาณงานหลังพัฒนาสูงกว่า
จำนวนภาพถ่ายทั้งหมด	578 ภาพ	622 ภาพ	+44 ภาพ	รองรับบริการเพิ่มขึ้น
จำนวนภาพถ่ายซ้ำ	20 ภาพ	9 ภาพ	-11 ภาพ	ลดการทำงานซ้ำและลดโอกาสเข้าใกล้ผู้ป่วยซ้ำ
อัตราการถ่ายภาพซ้ำ	3.46%	1.45%	ลดลง 58.09%; p=0.037	คุณภาพกระบวนการถ่ายภาพดีขึ้น
ระยะเวลาบริการรวม	46.0±8.6 นาที	13.0±4.1 นาที	ลดลง 33.0 นาที; p<0.001	Workflow รวดเร็วขึ้น
Full-PPE ต่อเดือน	120 ชุด	90 ชุด	ลดลง 30 ชุด/เดือน	ใช้ทรัพยากรคุ้มค่าขึ้น
ค่าใช้จ่าย Full-PPE ต่อเดือน	18,000 บาท	13,500 บาท	ลดลง 4,500 บาท/เดือน	ลดต้นทุนบริการ
ความพึงพอใจโดยรวม	-	4.31±0.45	ระดับมาก	ผู้ใช้งานยอมรับระบบ

หลังการพัฒนา จำนวนชุด Full-PPE ลดลงจาก 120 ชุดต่อเดือนเป็น 90 ชุดต่อเดือน ลดลง 30 ชุดต่อเดือน หรือร้อยละ 25.00 เมื่อคิดราคาชุดละ 150 บาท ค่าใช้จ่ายลดลง 4,500 บาทต่อเดือน หรือ 27,000 บาทใน 6 เดือน เมื่อปรับตามจำนวนผู้ป่วย พบว่า Full-PPE ต่อผู้ป่วยลดลงจาก 1.26 ชุดต่อรายเหลือ 0.88 ชุดต่อราย สะท้อนการลดการเข้าออกพื้นที่เสี่ยงและการลดการทำงานซ้ำโดยไม่ลดมาตรฐานความปลอดภัย

การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรจำนวน 44 คน พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31±0.45 ประเด็นที่มีคะแนนสูงสุดคือ แนวทางบริการช่วยลดขั้นตอนในการถ่ายภาพรังสี ค่าเฉลี่ย 4.77 รองลงมาคือระบบสามารถนำไปใช้งานได้จริง ค่าเฉลี่ย 4.69 และแนวทางบริการช่วยลดเวลาและกระบวนการถ่ายภาพรังสี ค่าเฉลี่ย 4.62 ผลดังกล่าวสะท้อนว่าบุคลากรรับรู้ประโยชน์ของระบบทั้งด้านความรวดเร็ว ความถูกต้อง ความปลอดภัย และความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง[12]

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการให้บริการรังสีการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ที่บูรณาการ Patient Identification, Remote Chest Stand of Amnatcharoen, Mobile X-ray Service, X-Ray Drive Thru for CI & HI, PACS/ Teleradiology และ Alert System สามารถเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพบริการได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยลดอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำจากร้อยละ 3.46 เหลือร้อยละ 1.45 ลดระยะเวลาการให้บริการจาก 46.0 นาทีเหลือ 13.0 นาที ลดการใช้ Full-PPE 30 ชุดต่อเดือน และได้รับความพึงพอใจจากบุคลากรในระดับมาก ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนว่าแนวทางบริการแบบบูรณาการสามารถลดคอขวดของระบบ ลดการทำงานซ้ำ ลดทรัพยากร และสนับสนุนความปลอดภัยเชิงกระบวนการของบุคลากรในภาวะโรคระบาดได้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาบริการรังสีการแพทย์ในภาวะโรคระบาดควรมองเป็นการปรับระบบทั้งกระบวนการ ไม่ใช่การเพิ่มเครื่องมือเฉพาะจุด การลด Repeat Rate และระยะเวลาบริการเกิดจากการเชื่อมโยงโครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์ ได้แก่ เครื่องเอกซเรย์

เคลื่อนที่ แผ่นรับภาพดิจิทัล Remote Chest Stand ระบบ Worklist /PACS/Teleradiology และ Alert System ร่วมกับการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานที่ชัดเจน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการปรับ Workflow ในศูนย์บริการภาพทางการแพทย์ช่วงโควิด-19 ซึ่งพบว่าการปรับกระบวนการสามารถลดเวลารอคอยและเพิ่มความคล่องตัวของบริการ[8,10] การลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำจากร้อยละ 3.46 เหลือร้อยละ 1.45 มีความสำคัญทั้งเชิงคุณภาพและเชิงความปลอดภัย เพราะการถ่ายซ้ำทำให้ผู้ป่วยได้รับรังสีซ้ำโดยไม่จำเป็น เพิ่มเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยง และเพิ่มการใช้ทรัพยากร การติดตาม Reject/Repeat Rate จึงเป็นกลไกสำคัญของการควบคุมคุณภาพในงาน Digital Radiography โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการให้ความร่วมมือและบุคลากรต้องปฏิบัติงานภายใต้มาตรการควบคุมการติดเชื้อ[5,9]

ระยะเวลาบริการที่ลดลงอย่างมากสะท้อนผลของการปรับ Workflow ตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง ไม่ว่าจะเป็นการดึงข้อมูล Worklist การยืนยันตัวผู้ป่วย การจัดท่า การส่งภาพเข้าสู่ PACS และการแจ้งเตือนผู้เกี่ยวข้อง การใช้ PACS/Teleradiology และการทำงานจากระยะไกลช่วยลดข้อจำกัดด้านสถานที่และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในช่วงโรคระบาด[6,7,11]

ด้านความปลอดภัยและทรัพยากร ผลการลดจำนวนภาพถ่ายซ้ำ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และการใช้ Full-PPE ไม่ควรตีความว่าเป็นการลดมาตรฐานความปลอดภัย แต่ควรตีความว่าเป็นผลของการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดการเข้าใกล้ผู้ป่วยซ้ำ และลดการเข้าออกพื้นที่เสี่ยง งานด้านการจัดบริการภาพทางการแพทย์ในช่วงโควิด-19 เน้นให้รักษาความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม[9,10,13]

ความพึงพอใจของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่าระบบมีความเหมาะสมต่อการใช้งานจริง ปัจจัยที่อาจส่งเสริมการยอมรับ ได้แก่ การเห็นประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมจากเวลาบริการที่ลดลง ขั้นตอนที่น้อยลง การส่งภาพที่ต่อเนื่องขึ้น และการลดภาระการประสานงาน การยอมรับของผู้ใช้งานเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบดิจิทัลสุขภาพและการขยายผลในระดับองค์กร[12]

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาแบบก่อนและหลังในระบบบริการจริงของโรงพยาบาลเดียว จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อน เช่น ความรุนแรงของสถานการณ์ระบาด ปริมาณผู้ป่วย ความคุ้นเคยของบุคลากรต่อระบบใหม่ และความเสถียรของเครือข่าย ข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลเชิงกระบวนการ ไม่ใช่ Technical log รายเหตุการณ์ของ PACS/Teleradiology หรือ Alert System โดยตรง นอกจากนี้ การวิจัยไม่ได้วัดอัตราการติดเชื้อของบุคลากร ปริมาณรังสีรายบุคคล หรือผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย จึงควรตีความผลในระดับการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการ ลดการทำงานซ้ำ ลดการใช้ทรัพยากร และลดโอกาสสัมผัสพื้นที่เสี่ยง มากกว่าการสรุปผลด้านการป้องกันการติดเชื้อหรือผลลัพธ์ทางคลินิกโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. กลุ่มงานรังสีวิทยาควรกำหนด Patient Identification checklist เป็นขั้นตอนบังคับก่อนออกให้บริการทุกครั้ง โดยตรวจสอบ HN ชื่อ-สกุล รายการตรวจ ประเภทผู้ป่วย และพื้นที่บริการ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลผู้ป่วยและลดการทำงานซ้ำ

2. ควรใช้ Remote Chest Stand หรืออุปกรณ์ช่วยจัดท่าที่มีหลักการใกล้เคียงกันในพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือได้จำกัด เพื่อเพิ่มโอกาสให้ภาพถ่ายสำเร็จตั้งแต่ครั้งแรก ลด Repeat Rate และลดการเข้าใกล้ผู้ป่วยซ้ำ

3. ควรจัดทำมาตรฐาน Workflow สำหรับ Mobile X-ray Service และ X-Ray Drive Thru โดยระบุขั้นตอนตั้งแต่การเตรียมเครื่อง อุปกรณ์ PPE detector การยืนยันตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดอุปกรณ์ การส่งภาพ และการแจ้งผลให้ชัดเจน

4. ควรกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพประจำหน่วยงาน ได้แก่ Repeat Rate , Service time, PACS Upload Time, Alert Acknowledgement Time, Full-PPE ต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน เพื่อใช้ติดตามคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

5. โรงพยาบาลควรสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านเครือข่าย เช่น Wi-Fi/VPN หรือ 4G/5G สำรอง เพื่อให้การส่งภาพเข้าสู่ PACS/Teleradiology จากพื้นที่บริการเชิงรุกมีความต่อเนื่องและลดความล่าช้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบหลายศูนย์หรือเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลและลดข้อจำกัดของการศึกษาในโรงพยาบาลเดียว

2. ควรเก็บข้อมูลเชิงเทคนิคของ PACS/Teleradiology และ Alert System แบบรายเหตุการณ์ ได้แก่ เวลาเริ่มส่งภาพ เวลาเข้าสู่ PACS สำเร็จ ผู้รับแจ้งเตือน เวลารับทราบ จำนวนครั้งที่แจ้งซ้ำ และสาเหตุของ Error เพื่อประเมินสมรรถนะระบบสารสนเทศอย่างละเอียด

3. ควรศึกษาผลต่อ Radiation Dose และ Occupational Dose โดยเชื่อมโยง Repeat Rate , Exposure Index, Dose Area Product หรือข้อมูล Dosimeter ของบุคลากร เพื่อให้การประเมินความปลอดภัยด้านรังสีสมบูรณ์มากขึ้น

4. ควรประเมินต้นทุนอย่างครอบคลุม เช่น ค่าแรง ค่าเดินทาง ค่าเสื่อมเครื่องมือ ค่าเครือข่าย ค่าใช้จ่ายด้านระบบสารสนเทศ และต้นทุนต่อผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจขยายผลในระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ

5. ควรติดตามความพึงพอใจและการใช้งานจริงของบุคลากรในระยะยาว เช่น 6–12 เดือนหลังขยายผล เพื่อประเมินความยั่งยืนของแนวทางบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลอำนาจเจริญ กลุ่มงานรังสีวิทยา รังสีแพทย์ แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาล เจ้าหน้าที่สารสนเทศ และบุคลากรทุกหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางบริการ เก็บข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบบริการรังสีการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

1.Akudjedu TN, Mishio NA, Elshami W, Culp MP, Lawal O, Botwe BO, et al.(2021). The global impact of the COVID-19 pandemic on clinical radiography practice: a systematic literature review and recommendations for future services planning. Radiography. 2021;27(4):1219-1226.

2.Mc Fadden S, Flood T, Shepherd P, Gilleece T.(2022). Impact of COVID-19 on service delivery in radiology and radiotherapy. Radiography. 2022;28 Suppl 1:S16-S26.

3.Goyal A, Tiwari R, Bagarhatta M, Ashwini B, Rathi B, Bhandari S.(2021). Role of portable chest radiography in management of COVID-19: experience of 422 patients from a tertiary care center in India. Indian J Radiol Imaging. 2021;31 Suppl 1:S94-S100.

4.Inui S, Gonoi W, Kurokawa R, Nakai Y, Watanabe Y, Sakurai K, et al.(2019). The role of chest imaging in the diagnosis, management, and monitoring of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Insights Imaging. 2021;12(1):155. doi:10.1186/s13244-021-01096-1.

5.Jastaniyyah DF, Jawhari AA, Mugharbel AT, Khafaji MA, Albahiti SH.(2021). How has the COVID-19 pandemic affect the rejection rates and repeat reasoning of digital radiography? Saudi Med J. 2021;42(9):1041-1044.

6.Martín-Noguerol T, Lopez-Ortega R, Ros PR, Luna A.(2021). Teleworking beyond teleradiology: managing radiology departments during the COVID-19 outbreak. Eur Radiol. 2021;31(2):601-604.

7.Ain HQU, Tahir MJ, Waheed S, Ahmad S, Ullah I, Yousaf Z.(2021). Teleradiology in COVID-19: a sustainable innovative solution. Acad Radiol. 2021;28(9):1325-1326. doi:10.1016/j.acra.2021.06.020.

8.Chang G, Doshi A, Chandarana H, Recht M.(2021). Impact of COVID-19 Workflow changes on patient throughput at outpatient imaging centers. Acad Radiol. 2021;28(3):297-306.

9.Abuzaid MM, Elshami W, McConnell J, Tekin HO, Issa B, Al Kawas S.(2022). Infection control and radiation safety practices in the radiology department during the COVID-19 outbreak. PLoS One. 2022;17(12):e0279607.

10.Tay YX, Kothan S, Kada S, Cai S, Lai CWK.(2021). Challenges and optimization strategies in medical imaging service delivery during COVID-19. World J Radiol. 2021;13(5):102-121.

11.Reeves JJ, Hollandsworth HM, Torriani FJ, Taplitz R, Abeles S, Tai-Seale M, et al.(2020). Rapid response to COVID-19: health informatics support for outbreak management in an academic health system. J Am Med Inform Assoc. 2020;27(6):853-859.

12.AlQudah AA, Al-Emran M, Shaalan K.(2021). Technology acceptance in healthcare: a systematic review. Appl Sci. 2021;11(22):10537.

13.Sim WY, Chen RC, Aw LP, Abu Bakar R, Tan CC, Heng AL, et al.(2020). How to safely and sustainably reorganise a large general radiography service facing the COVID-19 pandemic. Radiography. 2020;26(4):e303-e311.

14.Yusoff MSB.(2019). ABC of content validation and content validity index calculation. Educ Med J. 2019;11(2):49-54.

15.Bujang MA, Omar ED, Foo DHP, Hon YK.(2024). Sample size determination for conducting a pilot study to assess reliability of a questionnaire. Restor Dent Endod. 2024;49(1):e3.

การพัฒนาประสิทธิภาพระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล

Development of an Inter-hospital Medical Radiological Image Transfer System to Improve Service Efficiency

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

กฤษณะ ชาตาสุข[1]
Kritsana Chatasuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล ศึกษาประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนาขึ้น และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบดำเนินการในโรงพยาบาลเครือข่าย 73 แห่ง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จากโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 220 คน สำหรับผลลัพธ์เชิงกระบวนการใช้ข้อมูลรายการส่งต่อภาพก่อนพัฒนา 220 รายการ และหลังพัฒนา 220 รายการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินประสิทธิภาพระบบ 18 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจ 14 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสถิติเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้น คือ X-ray Link of Amnatcharoen เป็น Web Application ที่พัฒนาด้วย PHP และ MySQL รองรับไฟล์ DICOM การดึงข้อมูลจาก DICOM Header ผ่าน API การแจ้งเตือนผ่าน LINE Application Dashboard การติดตามสถานะ Server การกำหนดสิทธิ์ตามบทบาท HTTPS Session Timeout และการสำรองข้อมูล ผลประเมินประสิทธิภาพระบบโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.66) โดยด้านหน้าที่การทำงานของระบบมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.36, S.D. = 0.63) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.21, S.D. = 0.59) หลังพัฒนาระบบพบว่าระยะเวลาส่งต่อภาพเฉลี่ยลดลงจาก 46.32 นาที เป็น 12.58 นาที อัตราความผิดพลาด การส่งซ้ำ การประสานงานซ้ำ และต้นทุนต่อรายการลดลง ส่วนความครบถ้วนของข้อมูลและอัตราการส่งภาพสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสี, ระบบสารสนเทศสุขภาพ, DICOM, PACS, โรงพยาบาลเครือข่าย

Abstract

This research and development study aimed to develop an inter-hospital medical radiological image transfer system, evaluate its efficiency, and assess user satisfaction. The study was conducted in 73 network hospitals from February 2016 to June 2022 and consisted of three phases: situation analysis, system development and trial implementation, and outcome evaluation. Sample size includes 220 personnel from network hospitals. The research instruments included focus group guidelines, an 18-item system efficiency questionnaire, and a 14-item. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, pre-post statistical tests, and content analysis.

The developed system, X-ray Link of Amnatcharoen, was a web application using PHP and MySQL. It supported DICOM files, DICOM header retrieval via API, LINE notification, dashboard, server monitoring, role-based access control, HTTPS, session timeout, and data backup. The overall system efficiency was at a good level (mean = 4.27, SD = 0.66), with the highest score in system functionality (mean = 4.36, SD = 0.63). Overall user satisfaction was at a high level (mean = 4.21, SD = 0.59). After implementation, the average image transfer time decreased from 46.32 to 12.58 minutes, while transfer errors, repeat transfers, repeated coordination, and cost per transfer decreased. Data completeness and successful transfer rate increased significantly.

Keywords: Radiological image transfer system, Health information system, DICOM, PACS, Hospital network

[1] นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

บทนำ

ระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเป็นกลไกสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาจากแพทย์เฉพาะทางในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ข้อมูลภาพถ่ายทางรังสี เป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจทางคลินิก การประเมินความรุนแรงของโรค การวางแผนการรักษา และการติดตามผล หากส่งต่อข้อมูลภาพไม่ครบถ้วน หรือไม่ทันเวลา อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแล ผู้ป่วย การตรวจซ้ำโดยไม่จำเป็น และการใช้ทรัพยากร ของระบบบริการสุขภาพอย่างไม่มีประสิทธิภาพ[1-3]

การพัฒนาระบบรังสีวิทยายุคดิจิทัลอาศัยโครงสร้างพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ ระบบจัดเก็บและสื่อสารภาพทาง การแพทย์ (Picture Archiving and Communication System: PACS) มาตรฐานภาพดิจิทัลทางการแพทย์ (Digital Imaging and Communications in Medicine: DICOM) และเทคโนโลยีรังสีวิทยาทางไกล ซึ่งช่วยให้ โรงพยาบาลจัดเก็บเรียกดูแลกเปลี่ยน และส่งต่อ ภาพทางการแพทย์ได้สะดวกยิ่งขึ้น[4-6] ขณะเดียวกัน การเชื่อมโยงระบบสุขภาพต่างชนิดกันต้องคำนึงถึงความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบ เพื่อให้ ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลภาพสามารถใช้ร่วมกันได้อย่างมีความหมาย[7,8]

อย่างไรก็ตาม การส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีในโรงพยาบาลเครือข่ายจำนวนมากยังอาศัยวิธีเดิม เช่น CD/DVD พื้นที่จัดเก็บออนไลน์ทั่วไป หรือแอปพลิเคชัน สื่อสารทั่วไป ซึ่งอาจเกิดปัญหาแผ่นเปิดไม่ได้ ภาพไม่ ครบถ้วน การประสานงานซ้ำ การไม่มีระบบแจ้งเตือน และการควบคุมสิทธิ์ การเข้าถึงข้อมูลได้จำกัด นอกจากนี้ ข้อมูลภาพ DICOM และ Metadata อาจมีข้อมูลที่ เชื่อมโยงถึงตัวบุคคล จึงจำเป็นต้องมีมาตรการด้าน ความปลอดภัยและการคุ้มครองข้อมูลที่เหมาะสม[9-11]

จากบริบทโรงพยาบาลอำนาจเจริญและโรงพยาบาล เครือข่ายพบปัญหาระบบเดิม ได้แก่ การใช้ CD/DVD ที่เปิดไม่ได้หรือสูญหาย การใช้ Google Drive ที่มี ข้อจำกัดด้านพื้นที่จัดเก็บ การใช้ LINE Group ที่เสี่ยง ต่อข้อมูลผู้ป่วย การไม่มีสิทธิ์เข้าถึง PACS server ของโรงพยาบาลปลายทาง และการไม่มีระบบแจ้งเตือน เมื่อมีการส่งข้อมูลผู้ใช้งานต้องการระบบที่เปิดดูภาพ ได้ใกล้เคียงเวลาจริง มีมาตรฐานการส่งต่อข้อมูล ปลอดภัยใช้งานง่ายและไม่เพิ่มภาระงาน

การศึกษานี้จึงพัฒนาระบบ X-ray Link of Amnatcharoen เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล โดยเน้นการใช้งานจริงในเครือข่ายโรงพยาบาล การดึงข้อมูลจาก DICOM Header การแจ้งเตือนอัตโนมัติ การติดตามสถานะ และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีทางการแพทย์ ระหว่างโรงพยาบาลศึกษาประสิทธิภาพของระบบที่ พัฒนาขึ้นและประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เพื่อสะท้อนผลลัพธ์เชิงกระบวนการอย่างเป็นรูปธรรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ใช้กรอบวงจรพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle: SDLC) ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ การออกแบบระบบ การพัฒนาและทดสอบ การติดตั้ง การนำไปใช้ การประเมินผล และการปรับปรุงระบบต่อเนื่อง แนวทาง ดังกล่าวเหมาะสมกับการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ ที่ต้องมีขั้นตอนควบคุมคุณภาพและตรวจสอบย้อนกลับ ได้[12,13]

พื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลเครือข่าย 73 แห่ง ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้งาน และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ การประเมินระบบครอบคลุมระดับผู้ใช้ระดับ

ระบบ และ ระดับองค์กรสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพตลอดวงจรชีวิตของระบบ[14]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างระยะวิเคราะห์สถานการณ์เป็นบุคลากรทางการแพทย์และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ส่วนกลุ่มตัวอย่างระยะพัฒนาทดลองใช้ และประเมินผลเป็นบุคลากรจากโรงพยาบาลเครือข่าย 73 แห่ง จำนวน 220 คน ได้แก่ แพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ และ พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค โดยทุกคนเกี่ยวข้องกับการส่งภาพ รับภาพ เปิดดูภาพ ติดตามสถานะ หรือใช้ข้อมูลภาพ ประกอบการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์คัดเลือกรายการส่งภาพสำหรับการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ข้อมูลรายการส่งภาพจำนวน 220 ราย การก่อนพัฒนาและ 220 ราย การหลังพัฒนาเป็น “ฐานข้อมูลรายการส่งต่อภาพ” คนละส่วนกับกลุ่มผู้ใช้งาน 220 คน ที่ตอบแบบประเมินระบบการคัดเลือกรายการส่งภาพ ใช้วิธีคัดเลือกแบบต่อเนื่องจากรายการที่เข้าเกณฑ์ใน แต่ละช่วงจนได้ จำนวนครบ 220 รายการ โดยให้ ครอบคลุมรายการตรวจที่พบในระบบ ได้แก่ X-ray, CT และ MRI ตามข้อมูลการใช้งานจริงของเครือข่าย

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นรายการส่งต่อภาพถ่าย ทางรังสีระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย 2) มีข้อมูล วันเวลา ชนิดภาพ ส่วนที่ตรวจ โรงพยาบาลต้นทางและ ปลายทาง และสถานะการส่งภาพ เพียงพอต่อการ คำนวณตัวชี้วัด 3) สำหรับช่วงก่อนพัฒนาเป็นรายการ ที่ดำเนินการด้วยกระบวนการเดิม เช่น CD/DVD การส่ง ผ่านพื้นที่จัดเก็บออนไลน์หรือช่องทางสื่อสารทั่วไป และ 4) สำหรับช่วงหลังพัฒนาเป็นรายการที่ส่งผ่าน ระบบ X-ray Link และไม่ใช่รายการทดสอบระบบ หรือรายการ ฝึกอบรม

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) รายการที่ข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถคำนวณตัวชี้วัดหลักได้ 2) รายการทดสอบระบบ รายการซ้ำจากการฝึกอบรม หรือ รายการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยจริง 3) รายการ ที่มีเหตุขัดข้องจากปัจจัยภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้อง กับ กระบวนการส่งต่อภาพ เช่น เครือข่ายล่มเป็นวงกว้าง หรือเครื่องมือปลายทางไม่พร้อมใช้งาน และ 4) รายการ ซ้ำของผู้ป่วยรายเดียวกันในเหตุการณ์ส่งต่อเดียวกัน ให้นับเฉพาะรายการแรกที่เข้าเกณฑ์เพื่อป้องกันการ นับซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) ระบบ X-ray Link of Amnatcharoen 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แนวคำถามสนทนากลุ่ม 4) แบบประเมินประสิทธิภาพ ระบบ 18 ข้อ ครอบคลุม Functional Requirement, Functional Test, Usability Test, Performance Test และ Security Test และ 5) แบบประเมินความ พึงพอใจ 14 ข้อ ครอบคลุมด้านโปรแกรมหรือระบบ ด้านการออกแบบ ด้านการรักษาความปลอดภัย และ ด้านการนำไปใช้งานจริง การประเมิน Usability และ ความพึงพอใจมีความสำคัญต่อการยอมรับและการใช้ งานระบบต่อเนื่องในงานประจำ[15]

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยา ระบบสารสนเทศสุขภาพ และระเบียบวิธีวิจัย พบว่า เครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แบบประเมิน ประสิทธิภาพระบบมีค่าCronbach’s alpha เท่ากับ 0.958 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.934

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเอกสาร ระบบการบันทึกผลการใช้งานจริง และแบบประเมิน ของผู้ใช้งานหลังทดลองใช้ระบบ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบก่อน-หลัง ด้วย T-test หรือ Chi-square test ตามลักษณะข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และข้อเสนอแนะปลายเปิดวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ตารางที่ 1 นิยามตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงกระบวนการและวิธีคำนวณ

ตัวชี้วัด	นิยามปฏิบัติการ	วิธีคำนวณ/หน่วย
ระยะเวลาการส่งต่อภาพเฉลี่ย	เวลาตั้งแต่ผู้ส่งเริ่มจัดส่งหรืออัปโหลดรายการภาพ จนถึงโรงพยาบาลปลายทางสามารถเปิดดูหรือดาวน์โหลดภาพได้สำเร็จ	ผลรวมเวลาส่งต่อทุก / จำนวนรายการที่ประเมิน หน่วย: นาที/รายการ
จำนวนครั้งการประสานงานซ้ำ	จำนวนครั้งที่ต้องโทรศัพท์ ส่งข้อความ หรือ ประสานงานเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขหรือติดตามรายการส่งภาพเดียวกัน	ผลรวมจำนวนครั้งการประสานงานซ้ำ / จำนวนรายการ หน่วย: ครั้ง/รายการ
อัตราความผิดพลาดในการส่งต่อภาพ	รายการที่พบการส่งผิดผู้ป่วย ข้อมูลไม่ตรง ภาพไม่ครบ เปิดไฟล์ไม่ได้ หรือจำเป็นต้อง แก้ไขรายการ	(จำนวนรายการผิดพลาด / จำนวนรายการทั้งหมด) x 100
อัตราความครบถ้วนของข้อมูล	รายการที่มีข้อมูลสำคัญครบ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็น ชนิด/ส่วนที่ตรวจ วันที่ตรวจ และโรงพยาบาลต้นทาง-ปลายทาง	(จำนวนรายการข้อมูลครบ / จำนวนรายการทั้งหมด) x 100
อัตราการส่งภาพสำเร็จ	รายการที่โรงพยาบาลปลายทางสามารถเปิดดู หรือ ดาวน์โหลดไฟล์ภาพเพื่อใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยได้	(จำนวนรายการส่งสำเร็จ / จำนวนรายการทั้งหมด) x 100
อัตราการส่งซ้ำ	รายการที่ต้องส่งภาพเดิมซ้ำเนื่องจากภาพไม่ครบ เปิดไม่ได้ ส่งไม่สำเร็จ หรือข้อมูลไม่ถูกต้อง	(จำนวนรายการส่งซ้ำ / จำนวนรายการทั้งหมด) x 100
ต้นทุนต่อรายการส่งภาพ	ต้นทุนเฉลี่ยที่ใช้ในการส่งต่อภาพหนึ่งรายการ ครอบคลุม ต้นทุนวัสดุ/อุปกรณ์หรือสื่อบันทึก ต้นทุนเวลาแรงงาน ค่าใช้จ่ายการประสานงาน และต้นทุนระบบที่เกี่ยวข้อง	(ต้นทุนวัสดุและอุปกรณ์ + ต้นทุนเวลาแรงงาน + ค่าใช้จ่ายประสานงาน/ส่งต่อ + ต้นทุนระบบที่เกี่ยวข้อง) / จำนวนรายการ หน่วย: บาท/รายการ

สำหรับต้นทุนเวลาแรงงาน คำนวณจากเวลาที่เจ้าหน้าที่ ใช้ในกระบวนการส่งภาพคูณด้วยอัตราค่าแรงเฉลี่ยต่อ หน่วยเวลา ส่วนต้นทุนระบบหลังพัฒนาพิจารณาเฉพาะ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งภาพในช่วง ประเมิน เช่น การจัดเก็บข้อมูล การดูแล Server และ การแจ้งเตือนตามสัดส่วนการใช้งาน เพื่อให้สามารถ เปรียบเทียบกับวิธีเดิมได้อย่างโปร่งใส

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เลขที่ 3/2565 ลงวันที่ 8 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งาน

การวิเคราะห์สถานการณ์จากการสนทนากลุ่ม พบว่าปัญหาระบบเดิมแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัญหาประสิทธิภาพการทำงาน ปัญหาความปลอดภัยของข้อมูล และปัญหามาตรฐานกระบวนการนักรังสีการแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์พบปัญหา CD/DVD เปิดไม่ได้ พื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอ และไม่มีระบบ แจ้งเตือนแพทย์ต้องการดูภาพแบบ Real-time โดย ไม่ต้องรอ PACS ส่วนนักวิชาการคอมพิวเตอร์ต้องการ ระบบที่มีมาตรฐาน ลดการทำงานซ้ำ และควบคุมความ ปลอดภัยข้อมูลได้ดีขึ้น

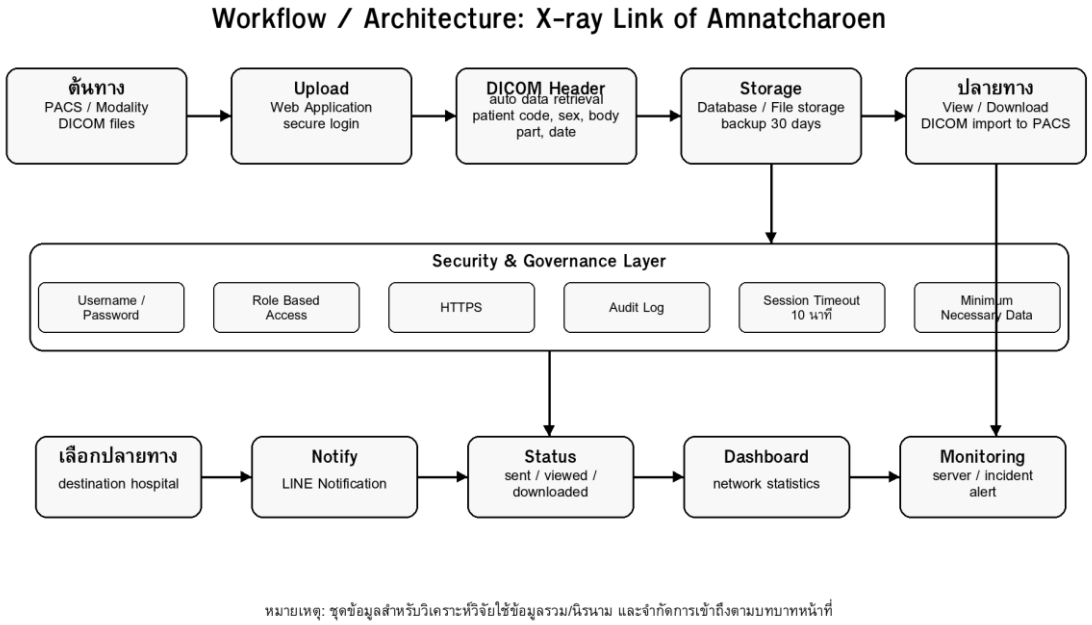
ตารางที่ 2 สรุปปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสี

กลุ่มผู้ใช้งาน	ปัญหาที่พบ	ความต้องการ
นักรังสีการแพทย์ /เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	CD/DVD เปิดไม่ได้ พื้นที่จัดเก็บจำกัด ช่องทางทั่วไปเสี่ยงต่อข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีระบบแจ้งเตือน	เรียกดูภาพแบบ Real-Time มีพื้นที่ จัดเก็บปลอดภัย มีระบบแจ้งเตือน และใช้งานง่าย
แพทย์	ต้องรอการอัปโหลดภาพเข้าระบบ PACS จึงเปิดดูภาพได้	เปิดดูภาพได้ทันทีเพื่อประกอบการวินิจฉัยและวางแผนรักษา
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กระบวนการส่งข้อมูลหลายขั้นตอน ไม่มีรูปแบบมาตรฐาน ข้อมูลซ้ำซ้อน และมีความเสี่ยงด้าน Server ภายนอก	มีขั้นตอนมาตรฐาน ทำงานในระบบเดียว ใช้ HTTPSและจำกัดสิทธิ์ตามบทบาทผู้ใช้

2. คุณลักษณะของระบบ X-ray Link of Amnatcharoen

ระบบ X-ray Link of Amnatcharoen เป็น Web Application พัฒนาด้วยภาษา PHP และ MySQL รองรับการใช้งานผ่านคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และโทรศัพท์มือถือ ผู้ใช้เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ตามสิทธิ์ที่ได้รับ สามารถอัปโหลด ไฟล์ DICOM จาก PACS เลือกโรงพยาบาลปลายทาง และส่งต่อภาพทางรังสีผ่านระบบได้

ระบบสามารถดึงข้อมูลจาก DICOM header ผ่าน API เช่น ชื่อผู้ป่วย รหัสผู้ป่วย เพศ ส่วนที่ตรวจ และวันที่รับบริการ เพื่อลดการกรอกข้อมูลซ้ำ และ ลดความผิดพลาด มีระบบแจ้งเตือนผ่าน LINE Application ไปยังโรงพยาบาลปลายทาง สามารถ เปิดดูภาพผ่าน Web Application หรือดาวน์โหลด ไฟล์ DICOM เพื่อนำไปใช้งานต่อได้ และมี Dashboard สำหรับติดตามสถิติการใช้งาน



หมายเหตุ: ชุดข้อมูลสำหรับวิเคราะห์วิจัยใช้ข้อมูลรวม/นิรนาม และจำกัดการเข้าถึงตามบทบาทหน้าที่

ภาพที่ 1 แผนภาพกระบวนการทำงานของระบบ X-ray Link of Amnatcharoen

จากภาพที่ 1 ระบบเริ่มจากโรงพยาบาลต้นทาง นำไฟล์ DICOM จาก PACS หรือเครื่องตรวจเข้าสู่ Web Application จากนั้นระบบดึงข้อมูลสำคัญจาก DICOM header ลดการกรอกซ้ำ จัดเก็บข้อมูลใน ฐานข้อมูล และพื้นที่จัดเก็บที่ควบคุมสิทธิ์ แจ้งเตือน โรงพยาบาลปลายทางผ่าน LINE Application และ ให้ผู้รับเปิดดูหรือดาวน์โหลด ไฟล์ DICOM เพื่อนำไป ใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วย โดยมีชั้นควบคุม

ความ ปลอดภัย ได้แก่ Username/Password, Role Based Access, HTTPS, Audit Log, Session Timeout และการใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น

3. ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของระบบ

ผลการประเมินประสิทธิภาพระบบโดยกลุ่มตัวอย่าง 220 คน พบว่าระบบมีประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.27, S.D. = 0.66) โดย ด้านหน้าที่การทำงานของระบบมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.36, S.D. = 0.63) รองลงมาคือด้านความ สามารถตรงตามความต้องการผู้ใช้ และด้านความ สะดวกในการใช้งาน(Mean = 4.33 เท่ากัน) ส่วน ด้านประสิทธิภาพการประมวลผลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 4.13, S.D. = 0.69) แต่ยังอยู่ในระดับดี

ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่าผู้ใช้งานมีความ พึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.21, S.D. = 0.59) โดยด้านการนำไปใช้งานจริงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.29, S.D. = 0.48) สะท้อนว่าระบบสอดคล้อง กับ Workflow ของโรงพยาบาลเครือข่ายและสามารถ นำไปใช้ในงานประจำได้จริง

4. ผลการใช้งานจริงและผลลัพธ์ก่อน-หลัง

ข้อมูลจากระบบพบว่ามีโรงพยาบาลเครือข่ายใช้งาน 73 แห่ง มีบัญชีผู้ใช้งาน 220 บัญชี และมีรายการ ส่งภาพรวม 220 รายการ แบ่งเป็น X-ray 156 รายการ CT 54 รายการ และ MRI 10 รายการ มีรายการเปิดดู ภาพผ่านระบบ 216 รายการ ดาวน์โหลดไฟล์ DICOM 198 รายการ ส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นโดยไม่ต้อง อัปโหลดซ้ำ 34 รายการ และมีการแจ้งเตือนผ่าน LINE Application 440 ครั้ง ทั้งนี้จำนวนผู้ใช้งาน 220 คน และรายการส่งภาพหลังพัฒนา 220 รายการ เป็น คนละหน่วยวิเคราะห์ กล่าวคือ ผู้ใช้งาน 220 คน เป็นกลุ่มประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของ ระบบ ส่วนรายการส่งภาพ 220 รายการ เป็น ข้อมูล Log หลัง พัฒนาที่ใช้เปรียบเทียบกับรายการส่งภาพ ก่อนพัฒนา 220 รายการในตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ

ตารางที่ 3 ข้อมูลการใช้งานจริงจากระบบ X-ray Link

รายการข้อมูลจากระบบ	จำนวน
จำนวนโรงพยาบาลในเครือข่ายที่ใช้งานระบบ	73 แห่ง
จำนวนบัญชีผู้ใช้งานในระบบ	220 บัญชี
จำนวนรายการส่งภาพทั้งหมด	220 รายการ
จำนวนรายการส่งภาพ X-ray / CT / MRI	156 / 54 / 10 รายการ
จำนวนรายการเปิดดูภาพผ่านระบบ	216 รายการ
จำนวนรายการดาวน์โหลดไฟล์ DICOM	198 รายการ
จำนวนรายการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นโดยไม่ต้อง Upload ซ้ำ	34 รายการ
จำนวนการแจ้งเตือนผ่าน LINE Application	440 ครั้ง
จำนวนรายการที่เกิดปัญหาระหว่างส่งภาพ	8 รายการ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง	สถิติทดสอบ	p-value
ระยะเวลาการส่งต่อภาพเฉลี่ย	46.32 ± 18.74 นาที	12.58 ± 6.91 นาที	ลดลง 33.74 นาที หรือ 72.84%	t = 24.15	<0.001
จำนวนครั้งการประสานงานซ้ำ	2.31 ± 1.03 ครั้ง/รายการ	0.48 ± 0.35 ครั้ง/รายการ	ลดลง 1.83 ครั้ง หรือ 79.22%	t = 21.48	<0.001
อัตราความผิดพลาดในการส่งต่อภาพ	33 รายการ หรือ 15.00%	8 รายการ หรือ 3.64%	ลดลง 11.36 จุดร้อยละ หรือ 75.73%	χ^2 = 16.81	<0.001

ตารางที่ 4 **ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนาระบบ**

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง	สถิติทดสอบ	p-value
อัตราความครบถ้วนของข้อมูล	176 รายการ หรือ 80.00%	211 รายการ หรือ 95.91%	เพิ่มขึ้น 15.91 จุดร้อยละ หรือ 19.89%	χ^2 = 26.28	<0.001
อัตราการส่งภาพสำเร็จ	185 รายการ หรือ 84.09%	216 รายการ หรือ 98.18%	เพิ่มขึ้น 14.09 จุดร้อยละ หรือ 16.76%	χ^2 = 27.04	<0.001
อัตราการส่งซ้ำ	28 รายการ หรือ 12.73%	5 รายการ หรือ 2.27%	ลดลง 10.46 จุดร้อยละ หรือ 82.17%	χ^2 = 17.33	<0.001
ต้นทุนต่อรายการส่งภาพ	87.50 ± 21.30 บาท	18.40 ± 8.60 บาท	ลดลง 69.10 บาท หรือ 78.97%	t = 31.62	<0.001

หมายเหตุ: ก่อนพัฒนา n = 220 รายการ, หลังพัฒนา n = 220 รายการ

ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบพบว่าตัวชี้วัดดีขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p < 0.001$ ระยะเวลาการส่งต่อภาพเฉลี่ยลดลง จาก 46.32 นาที เหลือ 12.58 นาที การประสานงาน ซ้ำลดลงจาก 2.31 เหลือ 0.48 ครั้งต่อรายการ อัตรา ความผิดพลาดลดลงจาก 15.00% เหลือ 3.64% และ ต้นทุนต่อรายการลดลงจาก 87.50 เหลือ 18.40 บาท ขณะที่ความครบถ้วนของข้อมูลเพิ่มขึ้นจาก 80.00% เป็น 95.91% และอัตราการส่งภาพสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก 84.09% เป็น 98.18%

5. ความปลอดภัยของระบบและประเด็นพัฒนาต่อ

ผลการตรวจสอบความปลอดภัยพบว่าระบบมีมาตรการพื้นฐาน ได้แก่ การเข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password การกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งานตามบทบาท การใช้งานผ่าน HTTPS การตัดการใช้งานอัตโนมัติ เมื่อไม่มีการใช้งานเกิน 10 นาที การสำรองข้อมูลภาพ 30 วัน การตรวจสอบสถานะ Server และการแจ้งเตือน เมื่อพบปัญหาบางส่วน อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนา Audit Report ให้ละเอียดขึ้น รวมถึงการเข้ารหัส ข้อมูลที่จัดเก็บและการทบทวนสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล เป็นระยะ

ตารางที่ 5 ประเด็นความปลอดภัยและแนวทางพัฒนาต่อของระบบ X-ray Link

ประเด็น	สถานะ/ผลการตรวจสอบ	แนวทางพัฒนาต่อ
User access และ Role Based Access	มี Username/Password และกำหนดสิทธิ์ตามบทบาท	ทบทวนสิทธิ์ผู้ใช้เป็นระยะและกำหนดผู้ดูแลสิทธิ์ระดับเครือข่าย
HTTPS และ Session Timeout	ใช้งานผ่าน HTTPS และตัดการใช้งาน เมื่อไม่มีการใช้งานเกิน 10 นาที	เพิ่มแนวทางจัดการรหัสผ่านและบันทึกเหตุการณ์การเข้าใช้งาน
Backup และ Server monitoring	สำรองข้อมูลภาพ 30 วัน และ มีการตรวจสอบสถานะServer	กำหนดแผนสำรองระบบและทดสอบกู้คืนข้อมูลเป็นรอบ
Audit log	มีประวัติการส่งภาพ และการใช้งานบางส่วน	เพิ่มรายงานผู้เปิดดู ผู้ดาวน์โหลด เวลาเข้าถึง และ IP Address
Encryption และ Data privacy	สื่อสารผ่าน HTTPS และ จำกัดสิทธิ์ผู้ใช้	พัฒนา Encryption at Rest และนโยบาย การเข้าถึงข้อมูลตามความจำเป็น
Notification status และ Dashboard	มีการแจ้งเตือนและ Dashboard พื้นฐาน	เพิ่มสถานะ ส่งแล้ว-รับแล้ว-เปิดดูแล้ว-ดาวน์โหลดแล้ว และสถิติรายโรงพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

ระบบ X-ray Link of Amnatcharoen เป็นระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล ที่พัฒนาจากปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานจริง สามารถนำไปใช้งานในโรงพยาบาลเครือข่าย 73 แห่ง มีประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ระบบช่วยลดระยะเวลา การส่งต่อภาพ ลดการประสาน งานซ้ำ ลดความผิดพลาด ลดอัตราการส่งซ้ำ ลดต้นทุน ต่อรายการเพิ่ม ความครบถ้วนของข้อมูล และเพิ่มอัตรา การส่งภาพสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยสะท้อนว่าการพัฒนาระบบส่งต่อภาพ ทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงมาตรฐานข้อมูลภาพ กระบวน การทำงานจริง และมาตรการความปลอดภัย สามารถ เพิ่มประสิทธิภาพบริการรังสีวิทยาระหว่างโรงพยาบาล สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นต้นแบบ สำหรับการขยายผลสู่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับ จังหวัด หรือเขตสุขภาพ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีที่ออกแบบจากปัญหาและ Workflow จริงของผู้ใช้สามารถเปลี่ยนกระบวน การจากการ พึ่งพาสื่อกายภาพหรือช่องทางทั่วไปไปสู่ระบบดิจิทัลที่ควบคุมขั้นตอนได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวโน้มการ พัฒนาระบบแลกเปลี่ยนภาพทางการแพทย์แบบหลายแพลตฟอร์ม และระบบ PACS ที่ช่วยลดข้อจำกัดการ เข้าถึงภาพและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล[16,17,20]

การที่ระบบรองรับ DICOM และออกแบบให้รองรับ HL7 FHIR ในอนาคตมีความสำคัญต่อการเชื่อมโยงทั้งข้อมูลภาพ และข้อมูลสุขภาพประกอบภาพ เนื่องจากความสามารถใน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบเป็นเงื่อนไขสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ[7,8] เมื่อระบบสามารถดึงข้อมูลจาก DICOM Header ได้อัตโนมัติจึงลดภาระการบันทึกข้อมูลซ้ำ และลดโอกาส เกิดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการส่งต่อ

คะแนนประสิทธิภาพด้านหน้าที่การทำงานของ ระบบที่สูงสุดสะท้อนว่าฟังก์ชันหลัก เช่น การส่งภาพ การค้นหา การเปิดดูภาพ การจัดเก็บข้อมูลและการ แจ้งเตือน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ได้ดี ขณะที่คะแนนด้านประสิทธิภาพการประมวล ผลต่ำกว่าด้านอื่นแม้อยู่ในระดับดี แต่บ่งชี้ว่าระบบยัง ควรพัฒนาความเร็วฐานข้อมูล Bandwidth, Server Capacity และการจัดการไฟล์ภาพ CT/MRI ขนาดใหญ่

ด้านความปลอดภัย ระบบมีมาตรการพื้นฐาน ได้แก่ Username/Password, Role Based Access, HTTPS, Session Timeout, Backup และ Server Monitoring ซึ่งลดความเสี่ยงจากการใช้ช่องทางทั่วไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลภาพ DICOM และ Metadata อาจมีข้อมูลที่ระบุตัวบุคคล จึงควรพัฒนา Audit Report, Encryption at Rest, Data Retention Policy และการทบทวนสิทธิ์ผู้ใช้งานให้เข้มแข็งขึ้น[9-11]

ผลความพึงพอใจด้านการนำไปใช้งานจริงที่สูงสุด สะท้อนว่าระบบสอดคล้องกับบริบทการทำงาน และ ไม่เพิ่มภาระงานเกินจำเป็น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อ ความสำเร็จ ของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล และการ ยอมรับเทคโนโลยีของบุคลากรสุขภาพ[15,18,19]

คุณค่าหรือความใหม่ของระบบนี้อยู่ที่การพัฒนา โดยอิงปัญหาเฉพาะของงานรังสีวิทยาและการส่งต่อ ผู้ป่วยจริงในเครือข่ายโรงพยาบาล ไม่ได้เป็นเพียง ระบบฝากไฟล์ แต่เป็นระบบบริการที่รวมการส่งภาพ DICOM การแจ้งเตือน การติดตามสถานะ การควบคุม สิทธิ์ การสำรองข้อมูล และข้อมูลสถิติการใช้งานไว้ใน Workflow เดียวกัน

ข้อจำกัดของการวิจัยคือ เป็นการประเมินระบบ ในบริบทโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีโครงสร้างพื้นฐานด้าน PACS, RIS, HIS และเครือข่ายแตกต่างกัน การออกแบบเปรียบเทียบก่อน-หลังเป็นแบบกลุ่มเดียว จึงอาจมีปัจจัยภายนอกบางส่วนที่ควบคุมไม่ได้ และผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ยังไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระยะเวลาการวินิจฉัย

ระยะเวลาตัดสินใจรักษา อัตราการตรวจซ้ำ หรือความ ปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรจัดทำ SOP การส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีระหว่างโรงพยาบาล จัดอบรมผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบ จัดทำคู่มือ ฉบับย่อและวิดีโอสาธิต กำหนดผู้รับ ผิดชอบระบบระดับเครือข่าย และใช้ Dashboard ติดตามคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่อง

2. ควรพัฒนา DICOM Gateway หรือ API เชื่อม PACS/RIS/HIS เพิ่ม Notification Status เพิ่ม Audit Report รายเดือน พัฒนา Encryption at Rest และ เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการไฟล์ภาพขนาดใหญ่เพื่อยกระดับความปลอดภัย และความสามารถในการใช้งานระดับเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระยะเวลาการวินิจฉัย ระยะเวลาตัดสินใจรักษา อัตราการตรวจซ้ำ และ ความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และความเป็นไปได้ในการขยายผลระดับจังหวัด เขตสุขภาพหรือประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลอำนาจเจริญ บุคลากรกลุ่มงานรังสีวิทยา แพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ พนักงานการแพทย์และ รังสีเทคนิค นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และโรงพยาบาลเครือข่ายทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาทดลองใช้ และประเมินระบบ X-ray Link of Amnatcharoen จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Seyed-Nezhad M, Ahmadi B, Akbari-Sari A.(2021). Factors affecting the successful implementation of the referral system: a scoping review. J Family Med Prim Care. 2021;10(12):4364-4375.
2. Yu A, Mueller SK, Schnipper JL, et al(2022).. Nursing perspectives on inter-hospital transfers. J Gen Intern Med. 2022;37(7):1729-1736.
3. Yu A, Harrison JD, Leykum LK, Mueller SK.(2024). Information exchange challenges during interhospital transfer: a qualitative study of hospital medicine physicians and advanced practice providers. BMJ Open Qual. 2024;13(3):e002768.
4. Chandramohan A, Manikandan D, Karthick P, et al.(2023). Teleradiology and technology innovations in radiology: status in India and its role in increasing access to primary health care. Lancet Reg Health Southeast Asia. 2023;100195.
5. Kawa J, Latała A, Romaszewski M, Główka M, Juszczyk J.(2022). Design and implementation of a cloud PACS architecture. Sensors. 2022;22(21):8569.
6. Clunie DA.(2021). DICOM format and protocol standardization: a core requirement for digital pathology success. J Pathol Inform. 2021.
7. Torab-Miandoab A, Samad-Soltani T, Jodati A, Rezaei-Hachesu P.(2023). Interoperability of heterogeneous health information systems: a systematic literature review. BMC Med Inform Decis Mak. 2023;23:18.
8. Li E, Clarke J, Neves AL, Ashrafian H, Darzi A.(2022). The impact of electronic health record interoperability on safety and quality of care in high-income countries: systematic review. J Med Internet Res. 2022;24(9):e38144.
9. Rutherford M, Mun SK, Levine B, Bennett W, Folio LR.(2021). A DICOM dataset for evaluation of medical image de-identification. Sci Data. 2021;8:183.
10. Shahid A, Bazargani MH, Banahan P, Mac Namee B, Kechadi T, Treacy C, et al.(2022). A two-stage de-identification process for privacy-preserving medical image analysis. Healthcare (Basel). 2022;10(5):755.

11. Van Kessel R, Wong BLH, Clemens T, Brand H.(2023). Strengthening cybersecurity for patient data protection in Europe. J Med Internet Res. 2023;25:e48824.
12. Mohan V.(2022). System Development Life Cycle. In: Clinical Informatics Study Guide. Cham: Springer International Publishing; 2022. p.177-183.
13. Hauschild AC, Epping J, Tute E, Doods J, Drepper J, Sax U.(2022). Guideline for software life cycle in health informatics. Stud Health Technol Inform. 2022;300:171-179.
14. Kukhareva PV, Weir C, Del Fiol G, et al.(2022). Evaluation in life cycle of information technology applications in health care: ELICIT framework. J Biomed Inform. 2022;127:104014.
15. Dougherty K, Hobensack M, Bakken S.(2023). Scoping review of health information technology usability methods leveraged in Africa. J Am Med Inform Assoc. 2023;30(4):726-737.
16. Nowrangi R, Perry LA, Regan J, Hulefeld D, O'Brien S, OConnor TJ, et al.(2022). Creation of a multi-vendor image-sharing solution. J Digit Imaging. 2022;35(4):754-759.
17. Montazeri M, et al.(2022). Determining the effect of the picture archiving and communication system on different dimensions of users' work. J Educ Health Promot. 2022;11:57.
18. Ebnehoseini Z, Tabesh H, Deldar K, Mostafavi SM, Tara M.(2021). Investigation the success rate of hospital information system (HIS): development of a questionnaire and case study. J Healthc Qual Res. 2021;36(1):18-27.
19. Zheng F, Wang K, Wang Q, Yu T, Wang L, Zhang X, et al.(2023). Factors influencing clinicians' use of hospital information systems for infection prevention and control: cross-sectional study based on the extended DeLone and McLean model. J Med Internet Res. 2023;25:e44900.
20. Mendelson DS, Bak PRG, Menschik E, Siegel E.(2022). The RSNA ImageShare: enabling secure, transparent, and digital access to medical images. J Digit Imaging. 2022;35(4):729-734.

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Development of the nursing service system for the Continuing Care Center (COC), Chaturapakphiman Hospital

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

อักษรภัค บัวศรี[1]
Aksaraphak Buasri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care Center: COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 2) พัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาล COC และ 3) ประเมินผลลัพธ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. ทีมสหวิชาชีพ และคณะกรรมการ PCT รวมทั้งสิ้น 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลในระบบ Nemo Care และแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566-กันยายน 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเชิงบูรณาการ "CTRPM Smart Continuity Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) Collaborative Care Network การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพ (2) Technology-Enhanced Care การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลต่อเนื่อง (3) Referral and Care Transition การส่งต่อและดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบ (4) Professional Nursing Competency การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล และ (5) Monitoring and Quality Management การกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายร้อยละ 100 การตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านอยู่ที่ร้อยละ 87.7 ภาวะแทรกซ้อนพบเพียงร้อยละ 0.48 และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, ระบบพยาบาล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study was action research 1) study the service system situation of the Continuing Care Center (COC) nursing services at Chaturaphak Phiman Hospital, 2) develop a COC nursing service model, and 3) evaluate the outcomes. This study employed the conceptual framework of Kemmis & McTaggart, consisting of four stages: Planning, Acting, Observing, and Reflecting. The informants included professional nurses, health-promoting hospital nurses, multidisciplinary team members, and PCT committee members, totaling 27 participants. Research instruments included questionnaires, data recording forms in the Nemo Care system, and performance evaluation forms. The study was conducted from October 2023 to September 2024. Data were analyzed using descriptive statistics.

Research results indicated that the development of a nursing service system for a Continuity Care Center through three cycles of action research resulted in an integrated continuity care model, the “CTRPM Smart Continuity Care Model.” The model consists of five key components: (1) Collaborative Care Network – establishing health collaboration networks; (2) Technology-Enhanced Care – applying digital technology to continuity care; (3) Referral and Care Transition – providing systematic referral and transitional care; (4) Professional Nursing Competency – developing nursing personnel competencies; and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

(5) Monitoring and Quality Management – continuous monitoring and quality improvement. The model enhanced the effectiveness of continuity care. One hundred percent of patients received home visits within two weeks after discharge, the home-visit feedback response rate was 87.7%, complications were found in only 0.48% of cases, and both service recipients and service providers reported high levels of satisfaction.

Keywords: continuity of care, nursing system, action research.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2558 ประเทศไทยมีประชากรรวม 64.17 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป10.48 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 16.08 ของประชากรรวมซึ่งถือว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ผลจากความสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาตอัมพฤกษ์ โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มการเกิดภาวะทุพพลภาพส่งผลให้มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเกิดภาวะพึ่งพาสูงขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นรวมถึงการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (Long Term Care) นอกจากนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน เช่นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การสูญเสียทรัพยากรด้านการแพทย์และงบประมาณในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและครอบครัว สูญเสียเวลาและโอกาสในการประกอบอาชีพ ขาดรายได้ เกิดผลกระทบโดยรวมจนต้องเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง[1]

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน[2] เป็นการดูแลเพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุมในทุกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถช่วยตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยให้เรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำได้เอง และปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมแก้ไข การดูแลต่อเนื่อง จึงเป็นกระบวนการดูแลทั้งในระยะที่มีปัญหาวิกฤติในโรงพยาบาลเชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน มีการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะเพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม มีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับอย่างชัดเจน เพื่อประสานแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพรวมถึงการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมร่วมกันภายในเครือข่าย เช่น การบันทึกและใช้ข้อมูลร่วมกัน การจัดทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามสภาพปัญหาในแต่ละระยะ มุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดของการดูแลคือผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้[3] ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้านและชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานมีผู้มารับบริการจำนวนมากขึ้นทุกวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว เมื่ออายุมากขึ้นทำให้เจ็บป่วยด้วยโรค

ไม่ติดต่อทั้งโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น เมื่อเจ็บป่วยทำให้ใช้ระยะเวลารักษานานเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆเสียค่าใช้จ่ายสูงทำสูญเสียรายได้และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและครอบครัว และถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูที่ถูกต้องอาจจะทำให้เกิดความพิการในที่สุด จากข้อมูลการตอบกลับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรมNemo Care 3 ปี ย้อนหลัง ดังนี้ ปี พ.ศ. 2563 การติดตามเยี่ยมบ้านข้อมูลต่ำกว่าร้อยละ 80 พบว่า ส่งเยี่ยม 483 ราย มีการตอบกลับเยี่ยมบ้าน 210 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.5 ส่วนมากเป็นกลุ่มมารดาทารกแรกเกิด 112 รายปี รองลงมาโรคอายุรกรรม 69 ราย โรคโควิด-19 จำนวน 58 ราย และโรคหลอดเลือดสมอง 14 ราย พ.ศ.2564 ส่งเยี่ยมในโปรแกรม 441 ราย มีการตอบกลับเยี่ยมบ้าน 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.1 ส่วนมากเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 101 ราย โรคอายุรกรรมทั่วไป 63 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 52 ราย และโรคมะเร็ง 32 ราย จำนวน และปี พ.ศ.2565 มีการส่งเยี่ยม 427 ราย มีการตอบกลับเยี่ยมบ้าน 179 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.9 ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเบาหวาน 58 รายความดันโลหิตสูง 42 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 14 ราย และ ไม่สามารถรู้ได้เลยว่าผู้ป่วยได้มีการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายหรือไม่ หรือมีการสื่อสาร แนวทางการดูแล ฐานข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและมีการติดตามควบคุมกำกับที่ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนั้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนและมีการกลับเป็นซ้ำของโรค(Recurrent) แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(Home Health Care: HHC) มีการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก(PCT) โดยมีกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายการรับส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่ายมีแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วย 1)การส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้ศูนย์เยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง 2) ศูนย์เยี่ยมบ้านส่งต่อข้อมูลคนไข้กับ รพ.สต.โดยส่งถ่ายเอกสารและส่งต่อให้กับ สสอ.เพื่อส่งต่อ รพ.สต.3) การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดย จนท.รพ.สต 4) สรุปผลการดูแลต่อเนื่องและส่งข้อมูลย้อนกลับให้กับ รพช.จากการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การตอบกลับการเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องและครอบคลุมพบปัญหาการบันทึกและรายงานเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริงทำให้การวางแผนดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายขาดประสิทธิภาพ และอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชน[4] และการประสานข้อมูลและการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบ Continuity of Care และ Care Coordination ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมความต้องการที่แท้จริง[5]

จากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานขึ้นเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยการบูรณาการทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมานขึ้นเพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในเครือข่ายให้ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ ทบทวนกระบวนการทำงาน ปัญหาอุปสรรคการประสานงานระหว่างผู้ส่งข้อมูลและผู้รับข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Nemo Care ในการส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ สร้าง Empowerment แก่ผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพอย่างมีความสุข และได้คุณภาพมาตรฐานบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา

2.เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง **(COC)** โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)เพื่อพัฒนาระบบการบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในกลุ่มผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยใช้แนวคิดของ Kemmis &McTaggart[6] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน(action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) ระยะดำเนินการตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

จำแนกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน รพช. จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน รพ.สต. 12 คน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ รพ.จตุรพักตรพิมาน จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันแพทย์ กายภาพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการ โภชนากร และ คณะกรรมการ PCT

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ รพช.จำนวน จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ได้แก่ Fogous group แบบบันทึกการส่งต่อ และโปรแกรมการลงข้อมูล Nemo care

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในพัฒนาระบบการบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานโดยใช้แนวคิด Kemmis & McTaggart[6] 4 ขั้นตอนหลัก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่ง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล แบบบันทึกติดตามเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Nemo Care

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน” เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[6] เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[6] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 3 วงรอบ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Planning)

1. ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ย้อนหลัง 1 ปี ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จำนวนการเยี่ยมบ้าน อัตราการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

2. ทบทวนเอกสาร แนวทางปฏิบัติ และมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

4. สังเกตกระบวนการดำเนินงานจริง ตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามผล เพื่อค้นหาช่องว่างของระบบบริการ (Gap Analysis)

5. สรุปและคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Action)

ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพร่วมกันออกแบบและดำเนินกิจกรรมพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) และแผนผังการส่งต่อผู้ป่วย (COC Flow)

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การอบรม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

3. พัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม Nemo Care รวมทั้งใช้ Line Application โทรศัพท์ และ Video Call ในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

4. จัดตั้งทีมดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบแต่ละหน่วยบริการอย่างชัดเจน

5. นำระบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ และปรับปรุงแก้ไขตามผลการสะท้อนกลับในแต่ละวงรอบ

ระยะที่ 3 การสังเกตและติดตามผล (Observation)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการดำเนินงานโดยใช้วิธีการ ดังนี้

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เพื่อติดตามการดำเนินงานของทีมดูแลต่อเนื่อง

2. การบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และการตอบกลับข้อมูลผ่านระบบ Nemo Care

3. การติดตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละของการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละความครบถ้วนของข้อมูลการส่งต่อ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

4. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลและประเมินผล (Reflection)

1. จัดประชุมสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายหลังสิ้นสุดแต่ละวงรอบ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสังเกต และการถอดบทเรียน โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

4. สรุปผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูล บุคคล และ

วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความพึงพอใจ และระยะเวลาการให้บริการ นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1.ศึกษาสถานการณ์จากการประชุมทีมสหวิชาชีพจาก รพ.10 คน และ รพ.สต. 12 คน พบว่า วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานมีศูนย์เยี่ยมบ้านซึ่งมีหน้าที่ในการประสานการส่งต่อและรับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จากการดำเนินงานพบว่ามีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม การเก็บเอกสารในแฟ้มเยี่ยมบ้าน มีการถ่ายรูปเอกสารการส่งต่อทางไลน์เครือข่ายเยี่ยมบ้าน การตอบกลับเยี่ยมไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย การส่งต่อข้อมูลล่าช้า การติดตามเยี่ยมไม่ต่อเนื่อง การสรุปผลงานเพื่อสะท้อนข้อมูลช้า ส่งผลให้การติดตามเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. ขาดการดูแล รวมถึงการออกนอกระบบเมื่อ รพ.สต.ขึ้นตรงกับ อบจ. ทำให้การประสานงานไม่ต่อเนื่องรวมถึงภาระงานที่มากและอัตรากำลังไม่เพียงพอนอกจากนี้ยังพบว่าการประเมินปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะซับซ้อน ติดบ้านติดเตียง ทั้งปัญหาผู้ดูแล เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ระยะที่ 2.ระยะพัฒนา มีการพัฒนาระบบการบริการทางการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบ แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) แบ่งเป็น 3 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 การพัฒนาระบบและแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

1. ขั้นวางแผน (Planning) จากการศึกษาสถานการณ์พบว่า การดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องยังขาดระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการเครือข่ายไม่มีมาตรฐานเดียวกัน การตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และบุคลากรมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน คณะทำงานจึงร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมพัฒนา ดังนี้

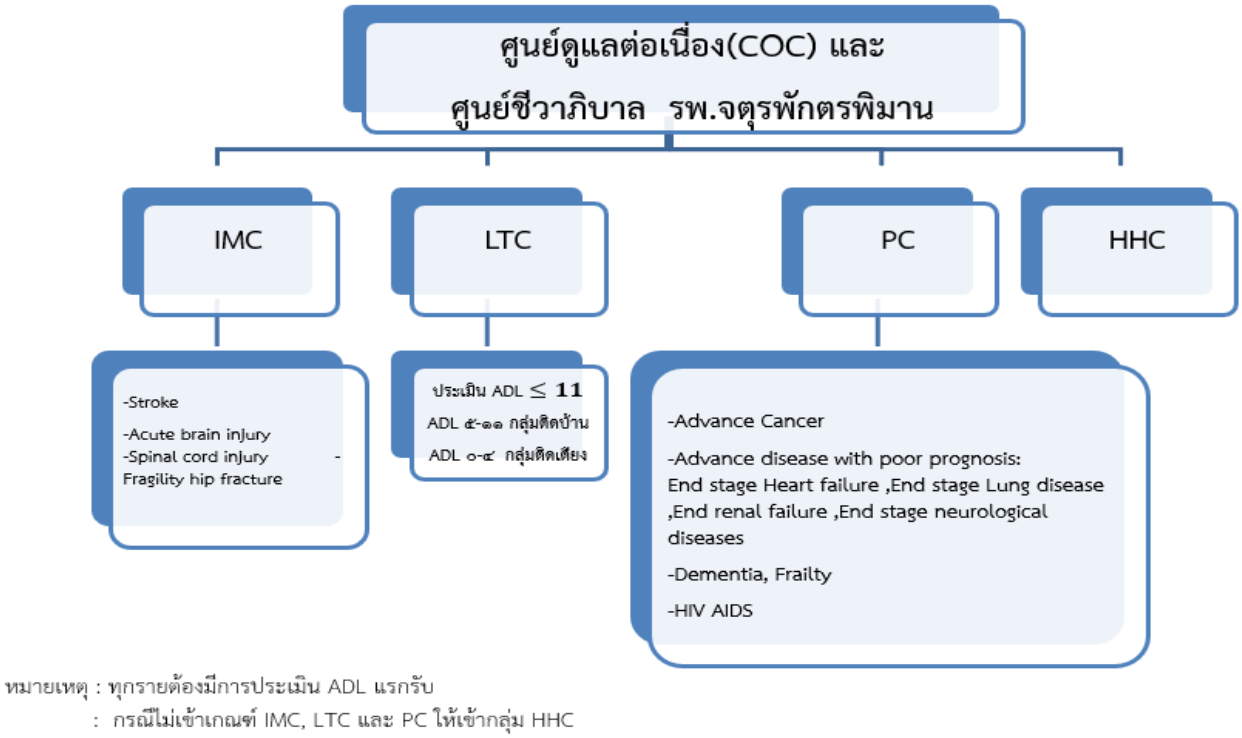
1)จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ

2) จัดทำ Flow COC การบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1

3) กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยบริการ

4) พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม Nemo Care

5) ทำแบบฟอร์มและแนวทางการส่งต่อข้อมูลมาตรฐาน



แผนภาพที่ 1 แสดง Flow การวางแผนจำหน่ายของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) พบว่า บุคลากรสามารถดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดได้มากขึ้น มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร และสามารถติดตามสถานะผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผลการประชุมสะท้อนผลพบว่า แม้จะมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนขึ้น แต่บุคลากรบางส่วนยังขาดทักษะการใช้โปรแกรมและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ป่วยประคับประคอง และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จึงกำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในวงรอบถัดไป

วงรอบที่ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและทีมเครือข่ายบริการสุขภาพ

1. ขั้นวางแผน (Planning)

จากผลการสะท้อนในวงรอบที่ 1 พบว่า บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามผู้ป่วย

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลโรงพยาบาลและพยาบาลเครือข่าย จำนวน 70 คน โดยการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care (IMC), Long-Term Care (LTC), Palliative Care

2.2 การบันทึกข้อมูลส่งต่อการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Nemo Care พยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของ รพ. และ รพ.สต 12 แห่ง สมัครเพื่อขอรหัสผ่านการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Nemo Careทุกคน ได้แก่ พยาบาลแผนก OPD ,IPD1, IPD2, LR ที่ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านโดยเป็นผู้ป่วยประเภท 3-4 ผ่านระบบโปรแกรม Nemo Care ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 12 แห่ง ลงข้อมูล

การติดตามเยี่ยมบ้านทุกกลุ่มโรคในโปรแกรม Nemo Care ภายใน 2 สัปดาห์

2.3 พัฒนาระบบระบบสารสนเทศด้านสุขภาพโดยการสร้างช่องทางการสื่อสารให้ความรู้ การส่งต่อข้อมูลและตอบกลับข้อมูลหลังจำหน่ายให้กับทีมดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอจตุรพักตรพิมาน ผ่านช่องทาง Line Application โทรศัพท์ และ Video Call ในการติดตามผู้ป่วย

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) หลังการพัฒนา บุคลากรมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น สามารถใช้โปรแกรม Nemo Care ได้อย่างถูกต้อง มีการบันทึกข้อมูลและตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จากการประชุมถอดบทเรียน พบว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน แต่ยังพบข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงกำหนดแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในวงรอบที่ 3

วงรอบที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรสนับสนุน

1. ขั้นวางแผน (Planning)

จากผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 พบว่าการดำเนินงานยังมีข้อจำกัดด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพ และระบบติดตามกำกับผลการดำเนินงาน

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย จัดระบบการบริหารจัดการวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่อง จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน จัดประชุมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบรายงานผลผ่าน Nemo Care และช่องทางออนไลน์

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) พบว่าศูนย์ดูแลต่อเนื่องและ รพ.สต. เครือข่าย สามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การตอบกลับข้อมูลภายในระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้น และการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น เห็นว่าระบบมีความชัดเจน สะดวกต่อการปฏิบัติงาน สามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง "CTRPM Model" ประกอบด้วย Construction, Training, Refer, Practice และ Monitor ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานและเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่

ระยะที่ 3. ระยะประเมินผล

ภายหลังการดำเนินการครบทั้ง 3 วงรอบ ทำให้เกิดระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่มีความชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน บุคลากรมีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีระบบสารสนเทศสนับสนุนการดำเนินงาน และมีระบบกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลต่อเนื่องดีขึ้น และสามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และพบว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเชิงบูรณาการ " CTRPM Smart Continuity Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) Collaborative Care Network การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพ (2) Technology-Enhanced Care การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลต่อเนื่อง (3) Referral and Care Transition การส่งต่อและดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบ (4) Professional Nursing Competency การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล และ (5) Monitoring and Quality Management หลังการพัฒนามีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องพบว่าระบบบริการ

มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานมากขึ้น บุคลากรมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น การสื่อสารระหว่างหน่วยบริการมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ตัวชี้วัดด้านการส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่องมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบบริการมีแนวโน้มดีขึ้นในหลายตัวชี้วัดสำคัญ โดยเฉพาะอัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.9 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 86.6 ในปี 2567 เพิ่มขึ้น 41.7 จุดร้อยละ หรือคิดเป็นร้อยละ 92.87 เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้
ร้อยละ 80

ด้านคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง พบว่าอัตราการตอบกลับข้อมูลภายใน 14 วัน เท่ากับร้อยละ 97.26 สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ ขณะที่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านอยู่ที่ร้อยละ 0.05 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 5 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน
นอกจากนี้ อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Re-admission) ลดลงจากร้อยละ 3.45 ในปี 2566 เหลือร้อยละ 2.20 ในปี 2567 ลดลง 1.25 จุดร้อยละ หรือคิดเป็นร้อยละ 36.23 สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิผล

ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงถึงการยอมรับและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและครอบครัวต่อระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่ได้รับการพัฒนา

ประเมินผลผลิต (Output) คือ ระบบดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ และ ทีม รพ.สต.มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่ชัดเจน มีระบบติดตามดูแลส่งต่อทันเวลา ทีมดูแลต่อเนื่องมีความรู้และสมรรถนะที่เหมาะสม ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลตัวเองได้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลลัพธ์ (Outcome) จากการใช้ระบบการบริการพยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจากข้อมูลในโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน Nemo Care พบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100 และมีการตอบกลับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 87.4 และอัตราภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับเกรด 1
จำนวน 1 คน

ด้านความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ภายหลังการพัฒนาระบบ จำนวน 27 คน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 5.00, SD = 0.04)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านโครงสร้างระบบบริการ ด้านผลลัพธ์ของระบบบริการ และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 คะแนน (SD = 0.00) อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ และระบบสารสนเทศ Nemo Care ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

สำหรับด้านกระบวนการดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ย 4.99 คะแนน (SD = 0.09) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าข้ออื่นเล็กน้อย คือ การเยี่ยมบ้านดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนด (Mean = 4.93) เนื่องจากมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 2 คนให้คะแนนในระดับมาก อย่างไรก็ตามยังคงอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ที่ได้รับการพัฒนามีความเหมาะสม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน และได้รับการยอมรับจากบุคลากรสหวิชาชีพในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบ อัตราการเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์เพิ่มเป็นร้อยละ 100 อัตราการตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.7 ภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับลดลง และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับสูง สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. การพัฒนาระบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการ PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) ทำให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการมีส่วนร่วมของพยาบาลโรงพยาบาล พยาบาล รพ.สต. และทีมสหวิชาชีพในการร่วมวางแผน แก้ไขปัญหา และสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของปัญหา (Ownership) และความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการ ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืนมากกว่าการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียวผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและความต่อเนื่องของบริการ (7) และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพทำให้การประสานงานและการติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น[8]

2. การพัฒนาระบบการส่งต่อและการสื่อสารข้อมูลช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล

ก่อนการพัฒนาพบว่าการตอบกลับข้อมูลเยี่ยมบ้านมีเพียงร้อยละ 41.9 ทำให้ไม่สามารถติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้อย่างครบถ้วน แต่หลังการพัฒนามีการใช้โปรแกรม Nemo Care ร่วมกับ Line Application โทรศัพท์ และ Video Call เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ ส่งผลให้อัตราการตอบกลับข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational Continuity) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ Continuity of Care โดยระบบสารสนเทศช่วยให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และทันเวลา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างรวดเร็วที่ศึกษางานวิจัยจำนวน 46 เรื่อง พบว่าความต่อเนื่องของการดูแลที่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับการลดการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็น ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ[9]

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับระบบการดูแลแบบบูรณาการร่วมกับความต่อเนื่องของการดูแลสามารถลดต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญซึ่งช่วยลดความซ้ำซ้อนในการบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วย[10]

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายบริการเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย ทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต. บุคลากรมีความรู้ เข้าใจบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขึ้น สามารถปฏิบัติงานตามแนวทางเดียวกัน และมีการประสานงานที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม และรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้ระบบสารสนเทศช่วยเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากขึ้นในระดับสากล[11] และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบ Continuity of Care ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การทำงานแบบสหวิชาชีพ การมีเป้าหมายร่วมกันขององค์กร การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ความรับผิดชอบร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพซึ่งเป็นองค์ประกอบเดียวกับที่พบในงานวิจัยครั้ง[12]

4. ระบบสารสนเทศสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการ

การพัฒนาระบบ Nemo Care ทำให้สามารถติดตามสถานะผู้ป่วย การส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน และการตอบกลับข้อมูลได้แบบ Real-time ส่งผลให้อัตราการติดตามผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น ลดการสูญหายของข้อมูล และสามารถใช้ข้อมูลในการกำกับติดตามตัวชี้วัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดด้าน Digital Health Transformation ที่ระบุว่าระบบสารสนเทศสุขภาพสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ส่งผลให้คุณภาพบริการสุขภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง[13,14] นอกจากนี้การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนผ่านระบบดิจิทัลยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล และเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย[4] ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของ HIMSS ที่เน้นการใช้ข้อมูลแบบ Real-time เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ[15]

5. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยสะท้อนประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์ครบทุกคน และภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบบริการพยาบาล Continuity of Care สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการใช้ Nurse-guided Transitional Care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในผู้สูงอายุหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[16] นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการดูแลต่อเนื่องในระดับสูงมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ต่ำกว่ากลุ่มที่มีความต่อเนื่องของการดูแลต่ำอย่างมีนัยสำคัญ[17]

6. พัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ได้รูปแบบการดูแลแบบ CTRPM Smart Continuity Care Model

รูปแบบ CTRPM Smart Continuity Care Model ประกอบด้วย C (Construction) : การสร้างทีม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ มอบหมายบทบาทหน้าที่ชัดเจน และจัดทำ Flow งาน ,T (Training) : การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านความรู้ การลงข้อมูล, R (Refer) : การส่งต่อข้อมูล การตอบกลับการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Nemo Care , P (Practice) : การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ และ M (Monitor) : การควบคุม กำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากบริบทจริงของพื้นที่ โดยครอบคลุมทั้งการพัฒนาบุคลากร ระบบส่งต่อ ระบบปฏิบัติงาน และระบบกำกับติดตาม ส่งผลให้เกิดการบูรณาการบริการระหว่างโรงพยาบาลและ

ชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care และ Continuity of Care ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และมีการเชื่อมโยงทุกระดับบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเชิงบูรณาการ "CTRPM Smart Continuity Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) Collaborative Care Network การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพ (2) Technology-Enhanced Care การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลต่อเนื่อง (3) Referral and Care Transition การส่งต่อและดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบ (4) Professional Nursing Competency การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล และ (5) Monitoring and Quality Management การกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสามารถยกระดับคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการส่งต่อข้อมูล การติดตามเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เน้นการเชื่อมโยงบริการสุขภาพทุกระดับอย่างไร้รอยต่อโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการบริการสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล[17]

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2016). Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Bull MJ, Hansen HE, Gross CR.(2000). A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. Appl Nurs Res. 2000;13(3):127- 36.
3. ค้ามีผล ป.(2566). การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายอำเภอชุมแพ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(3):290-302.
4. Kim Y, Crandall M, Byon HD.(2022). Discharge communications for older patients between hospital healthcare providers and home healthcare providers: an integrative review. Home Health Care Manag Pract. 2022;34(2):85-95.
5. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al.(2023). Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2023;23:750.
6. Kemmis S, McTaggart R.(1988) The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988
7. บุษดี ส.(2565). การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(1):193- 206.
8. รัฐวงษา อ, รัฐวงษา อ.(2566). การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(13).
9. Nicolet A, Al-Gobari M, Perraudin C, Wagner J, Peytremann-Bridevaux I, Marti J.(2022). Association between continuity of care (COC), healthcare use and costs: what can we learn from claims data? A rapid review. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):658.
10. Wen YP, Liu SS, Sheu JT, Wang HH, Becker ER, Lu JFR.(2021). The cost-saving effect of continuity of care (COC): an analysis of institutional COC on diabetic treatment costs using panel 2SLS regressions. BMC Health Serv Res. 2021;21:1113.

11.แก้วรักษา ต.(2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):634-47.

12. Ljungholm L, Edin-Liljegren A, et al.(2022). What is needed for continuity of care and how can we achieve it? Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. BMC Health Serv Res. 2022;22:686.

13. World Health Organization.(2021). Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva:World Health Organization; 2021.

14. Organization for Economic Co-operation and Development.(2019). Health in the 21st century: Putting data to work for stronger health systems. Paris: OECD Publishing; 2019.

15. Healthcare Information and Management Systems Society.(2022). Digital health transformation: A framework for healthcare organizations. Chicago: HIMSS; 2022.

16. Liu X, Song L, Xiao S, Wang Y.(2023). Comprehensive geriatric assessment, multidisciplinary treatment, and nurse-guided transitional care in hospitalized older adults: a randomized controlled trial. Res Gerontol Nurs. 2023;16(5):224-30.doi:10.3928/19404921-20230606-03.

17. Chao YH, Huang WY, Tang CH, Tsai IH, Wu CC, Hsu YH.(2022). Effects of continuity of care on hospitalizations and healthcare costs in older adults with dementia. BMC Geriatr. 2022;22:724. doi:10.1186/s12877-022-03407-7.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Factors affecting oral health care behavior of the elderly receiving dental services at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

ยุทธพงษ์ ธนากรจักร์[1]
Yutthapong Thanakornchak[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม (2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ที่มีคุณสมบัติตามที่ระบุไว้และยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 303 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สภาวะทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 16.28, S.D. = 2.76) 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 85.92, S.D. = 7.82) 3) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 45.74, S.D. = 4.43) 4) ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 5) ค่า DMFT ดัชนี CPI ดัชนี OHI-S และจำนวนคู่สบฟันด้านหลัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 6) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.341$, $p < .001$) 7) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.447$, $p < .001$) และ 8) ตัวแปร 8 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 33.0 (Adjusted $R^2 = 0.312$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, สุขภาพช่องปาก, การดูแลสุขภาพช่องปาก, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

Abstract

This survey research was cross-sectional study aimed to study personal factors, dental health status factors, knowledge about oral health, health belief models, and oral health care behaviors of elderly people receiving dental services at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. (2) To study the relationship between personal factors, dental health status factors, knowledge about oral health factors, and health belief model factors on oral health care behaviors of elderly people receiving dental services at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. The sample consisted of 303 elderly patients receiving dental services at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province, who met the specified criteria and were willing to participate in the study. The instruments used included

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

questionnaires on general information, dental health status, oral health knowledge, oral health belief models, and oral health care behaviors. The study was conducted from June to August 2025. Data were analyzed using statistical software with descriptive statistics, Chi-square test, Pearson correlation coefficients and multiple regression analysis. The statistical significance level was set at 0.05.

The study results showed that: 1) The sample group had a high overall knowledge of oral health ($\bar{x}$ = 16.28, S.D. = 2.76); 2) The overall health belief model score was also high ($\bar{x}$ = 85.92, S.D. = 7.82); 3) The sample group had a moderate overall oral health care behavior ($\bar{x}$ = 45.74, S.D. = 4.43); 4) Education level, occupation, and income were significantly correlated with oral health care behavior ($p < .05$); 5) DMFT, CPI index, OHI-S index, and number of posterior occlusal pairs were significantly correlated with oral health care behavior ($p < .05$); and 6) Knowledge of oral health had a positive correlation with oral health care behavior. 7) The overall health belief model had a moderate and statistically significant positive correlation with oral health care behavior ($r = 0.447$, $p < .001$), and 8) the eight variables together predicted 33.0% of the variance in oral health care behavior (Adjusted $R^2 = 0.312$).

Keywords : Elderly, Oral health, Oral health care, Oral health care behavior, Factors affecting oral health care behavior

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นรวมกับการมีอายุขัยที่เพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ มากกว่าวัยอื่น รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก[1] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสุขภาวะที่สำคัญที่ภาครัฐและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาในผู้สูงอายุและสังคมไทย ผู้สูงอายุจะมีระบบการทำงานของร่างกายที่ค่อยๆ เสื่อมถอยลง ส่งผลให้การช่วยเหลือตนเองลดลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจานวนเพิ่มมากขึ้น รักษาไม่หาย ต้องพึ่งพาและดูแลต่อเนื่องระยะยาว จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 69.3 ของประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดลมอุดตันเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป โดยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรคพร้อมกันมีถึงร้อยละ 70.8 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ ปวดข้อ และปวดหลังเรื้อรัง พบมีความชุกถึง 1 ใน 3 ของปัญหาสุขภาพอื่นๆ รวมถึงภาวะปัญหาสุขภาพในช่องปาก[2, 3] โดยสุขภาพช่องปากส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2558 - พ.ศ.2565 มีเป้าหมายการดำเนินงาน คือ ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีและมีฟันใช้งานเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง)[4]

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟันโดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุระหว่าง 60 – 74 ปีพบร้อยละ 8.7 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุ 80 –85 ปีเพิ่มสูงถึงร้อยละ 31 ทำให้ผู้สูงอายุมีเคยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านการบดเคี้ยวลดลงกว่าเมื่อก่อน นอกจากนี้ยังพบฟันที่ผุแล้วยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.6 โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อและกระดูกรองรับรากฟันร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้น ไป) ซึ่งสภาวะเช่นนี้เป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญ ซึ่งอาจจะทำให้อัตราการสูญเสียฟันสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในอนาคต ส่วนในช่องปากพบว่า ผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีฟันเหลืออยู่ในช่องปากเฉลี่ยแล้ว 4 ใน 6 ส่วนต่อคน (4 sextants) ในจำนวนนี้มีหินน้ำลายและมีเหงือกอักเสบ ซึ่งต้องได้รับการดูแลเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์และขูดหิน

น้ำลาย[4] ดังนั้นสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุจึงถือเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่อาจละเลยได้

อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบสถิติผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี โดยใน พ.ศ. 2565-2567 พบจำนวน 8,075 ราย, 8,521 ราย และ 8,635 ราย ตามลำดับ พบผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ค่อนข้างน้อย โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 พบจำนวน 872, 732, 960 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.79, 8.59, 11.11 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพช่องปากพบผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ จำนวน 294, 125, 396 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.63, 8.63, 25.92 ตามลำดับ มีฟันหลังใช้งานได้ไม่น้อยว่า 4 คู่สบ จำนวน 257, 86, 270 ราย คิดเป็น ร้อยละ 87.48, 68.80, 68.18 ตามลำดับ พบปัญหาสุขภาพทางช่องปากมากที่สุด 3 อันดับ คือ ปัญหาการโรคปริทันต์ เหงือกอักเสบ และฟันผุ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาทางช่องปากของผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ของปัญหาเพิ่มขึ้น

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพช่องปากที่ปราศจากโรคอวัยวะในช่องปากทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จะส่งผลให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย ถึงแม้จากการศึกษาที่ผ่านมาจะแสดงเห็นถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปสำหรับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในบริบทของอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมได้ เนื่องจากยังมีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเพื่อที่จะให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้สอดคล้องตามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและคงไว้ ส่งเสริมซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้อง จึงนำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

กรอบแนวคิด

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น โดยการรับรู้สุขภาพช่องปาก ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก[5]

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-Sectional Study) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

พฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น โดยการรับรู้สุขภาพช่องปาก ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก[5]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 2) ผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย : เป็นผู้มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครจซี่และมอร์แกน เนื่องจากเป็นสูตรที่มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งสามารถคำนวณ ได้จากสูตร

$$n = \frac{\chi^2 Np\,(1 - p)}{e^2 (N - 1) + \chi^2 p\,(1 - p)}$$

เมื่อแทนค่าทำให้ n = 275 คน แต่เพื่อป้องกันการ Drop out ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งได้เท่ากับ 27.5 คน ผู้วิจัยจึงปัดเป็น 28 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 303 คน

วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามลักษณะประชากรที่กำหนดไว้

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ เพื่อขอความสมัครใจและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

4. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

5. ตรวจสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างตามองค์ประกอบที่กำหนด

6. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกสภาวะทันตสุขภาพ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะศึกษาและสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 และนำเครื่องมือแบบทดสอบมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ส่วนแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ของผู้สูงอายุ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สภาวะทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสภาวะทันตกรรมกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation co-efficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[6] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 036/68 วันที่ 1 พฤษภาคม 2568

ผลการศึกษา

1. สภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า (1) ด้านสภาวะของฟันในช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า การมีฟันในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.63 มีฟันในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนฟัน 22.22 ซี่ (S.D. = 7.90) มีฟันผุมากกว่า 2 ซี่ขึ้นไปถึงร้อยละ 52.15 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 92.08 ไม่มีฟันอุดเลย โดยค่าเฉลี่ย DMFT รวมอยู่ที่ 4.01 ซี่ (S.D. = 3.60) และร้อยละ 55.78 มีฟันคู่สบตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป (2) สภาวะปริทันต์และรอยโรคในช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.73 มีโรคเหงือกอักเสบ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.67 ไม่พบรอยโรค (3) สภาวะอนามัยช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า 1) ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Debris Index) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.88 อยู่ในช่วง DI > 0–1 ค่าเฉลี่ย DI อยู่ที่ 0.99 (S.D. = 0.69) 2) ดัชนีหินน้ำลาย (Calculus Index) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 49.83 มีค่า CI อยู่ในช่วง > 0–1 ค่าเฉลี่ย CI อยู่ที่ 1.07 (S.D. = 0.65) 3) ระดับความสะอาดในช่องปากโดยรวม (OHI-S) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.15 อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย OHI-S อยู่ที่ 2.06 (S.D. = 1.30) (4) ประวัติการเข้ารับบริการทันตกรรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.97 ไม่เคยเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

นอกจากนั้น จากการประเมินสภาวะปริทันต์โดยใช้ดัชนี Community Periodontal Index (CPI) ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าปัญหาสภาวะปริทันต์ที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ การมีหินน้ำลาย (CPI = 2 และ 5) ซึ่งพบถึงร้อยละ 70.96 ของช่องปากทั้งหมดที่ประเมิน รองลงมาคือ ร่องลึกปริทันต์ระดับปานกลาง (CPI = 3) ที่ร้อยละ 38.61

2. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 16.28, S.D. = 2.76) โดยทั้งด้านความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ($\bar{x}$ = 8.15, S.D. = 1.61; $\bar{x}$ = 8.14, S.D. = 1.50)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ตามแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 85.92, S.D. = 7.82) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 16.54, S.D. = 1.98) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.85, S.D. = 3.05)

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 45.74, S.D = 4.43) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 12.73, S.D. = 2.71) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 10.69, S.D. = 2.41)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า (1) เพศ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 3.124, p = .077) (2) อายุ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 1.876, p = .171) (3) สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 2.891, p = .089) (4) ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 4.512, p = .034) (5) อาชีพ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 5.203, p = .023) (6) รายได้ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 3.918, p = .048) และ (7) โรคประจำตัว พบว่าการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 2.376, p = .123)

2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสภาวะทันตกรรมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ (1) ค่า DMFT (Dental Status and Treatment Need) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 4.867, p = .027) (2) ดัชนี CPI (Community Periodontal Index) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 5.234, p = .022) (3) ดัชนีสุขภาพช่องปาก OHI-S (Simplified Oral Hygiene Index) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 9.847, p = .002) (4) คู่สบฟันด้านหลัง (Posterior Occlusal Pairs) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 8.391, p = .004) และ (5) รอยโรคในช่องปาก (Oral Lesion) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 0.003, p = .953) ซึ่งอาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ที่พบรอยโรคมีน้อยมาก (n=1 ราย)

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.341, p < .001 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าทั้งความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความรู้ด้านการดูแล

สุขภาพช่องปาก ตลอดจนคะแนนความรู้ในภาพรวมต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) **4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.447$, $p < .001$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรทุกกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ ($r = 0.447$, $p < .001$) โดยด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = 0.415$) รองลงมาคือการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($r = 0.389$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = -0.276$, $p < .001$)

5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า (1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.415 มีค่า t เท่ากับ 7.887 ($p < .001$) โดยตัวแปรนี้เพียงตัวเดียวสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 17.2 ($R^2 = 0.172$) (2) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) พบว่ามีค่า β เท่ากับ 0.226 มีค่า t เท่ากับ 4.163 ($p < .001$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.9 ($R^2 = 0.219$) หรือเพิ่มขึ้นจากขั้นตอนแรกร้อยละ 4.7 (3) ดัชนีสุขภาพช่องปาก OHI-S (Oral Hygiene Index–Simplified) มีค่า β เท่ากับ 0.201 มีค่า t เท่ากับ 3.911 ($p < .001$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.8 ($R^2 = 0.248$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.9 (4) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัว (Perceived Benefits) พบว่ามีค่า β เท่ากับ 0.182 มีค่า t เท่ากับ 3.624 ($p < .001$) ส่งผลให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.3 ($R^2 = 0.273$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.5 (5) คู่สบฟันด้านหลัง มีค่า β เท่ากับ 0.168 มีค่า t เท่ากับ 3.398 ($p < .001$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.1 ($R^2 = 0.291$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.8 (6) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว (Perceived Barriers) มีค่า β เท่ากับ -0.151 มีค่า t เท่ากับ -3.011 ($p = .003$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.7 ($R^2 = 0.307$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.6 (7) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีค่า β เท่ากับ 0.143 มีค่า t เท่ากับ 3.009 ($p = .003$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.0 ($R^2 = 0.320$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.3 และ (8) อาชีพ มีค่า β เท่ากับ 0.129 มีค่า t เท่ากับ 2.703 ($p = .007$) ทำให้อำนาจการทำนายรวมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.0 ($R^2 = 0.330$, Adjusted $R^2 = 0.312$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาวะทันตกรรม ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n=303)

Step	ตัวแปรพยากรณ์	b	S.E.	β	t	p-value	R	R^2	Adj.R^2	F	p (F)
1	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.021	0.004	0.415	7.887	< .001	0.415	0.172	0.170	62.21	< .001
2	การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	0.018	0.004	0.226	4.163	< .001	0.468	0.219	0.214	42.19	< .001
3	OHI-S (ดัชนีสุขภาพช่องปาก)	0.028	0.007	0.201	3.911	< .001	0.498	0.248	0.241	33.07	< .001
4	การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพช่องปาก	0.016	0.004	0.182	3.624	< .001	0.522	0.273	0.263	27.92	< .001
5	คู่สบฟันด้านหลัง (Posterior Occlusal Pairs)	0.025	0.007	0.168	3.398	< .001	0.540	0.291	0.280	24.53	< .001
6	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว	-0.009	0.003	-0.151	-3.011	.003	0.554	0.307	0.293	21.64	< .001
7	ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก	0.014	0.004	0.143	3.009	.003	0.566	0.320	0.304	19.48	< .001
8	อาชีพ	0.043	0.016	0.129	2.703	.007	0.574	0.330	0.312	17.76	< .001
ค่าคงที่ (Constant) = 1.876											

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

1) สภาวะทันตสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.63) มีฟันในช่องปาก ≥ 20 ซี่ ($\bar{x}$ = 22.22 ซี่) มีค่าเฉลี่ย DMFT = 4.01 ซี่ พบโรคเหงือกอักเสบร้อยละ 60.73 และปัญหาที่พบมากที่สุดคือหินน้ำลาย (ร้อยละ 70.96) สุขอนามัยช่องปากโดยรวม (OHI-S) อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 2.06) 2) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับสูง 3) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมฯ พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harirugsakul และคณะ พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุไทย[7] และ Amornsuradech (2019) พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดในบรรดาตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้และอาชีพ[8] ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร ผุดผ่อง พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ[9] และ Harirugsakul และคณะ พบว่ากลุ่มอายุ 60–74 ปีมีรูปแบบพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจัยด้านรายได้ การศึกษา และพื้นที่อยู่อาศัยมีน้ำหนักมากกว่าอายุในการอธิบายพฤติกรรม[7] และ Kawaguchi และคณะ พบว่าในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีความซับซ้อนและอาจไม่มีนัยสำคัญในบางบริบท[10] และสุรัญชนา รุ่งเรือง พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .29)[11] 6) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะทันตกรรมกับพฤติกรรมฯ พบว่า ค่า DMFT ดัชนี CPI ดัชนี OHI-S และจำนวนคู่สบฟัน

ด้านหลัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 7) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.341$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ระดับนัยสำคัญ .05[12] 8) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมฯ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.447$, $p < .001$) สอดคล้องกับ Martinez et al. พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรส่งผ่านที่สำคัญระหว่างความรู้และพฤติกรรม ($\beta = 0.42$)[13] 9) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ตัวแปร 8 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 33.0 (Adjusted $R^2 = 0.312$) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = 0.415$) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\beta = 0.226$) ดัชนี OHI-S ($\beta = 0.201$) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ($\beta = 0.182$) คู่สบฟันด้านหลัง ($\beta = 0.168$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว ($\beta = -0.151$) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ($\beta = 0.143$) และอาชีพ ($\beta = 0.129$) ตามลำดับ ดังการศึกษาของ Chen et al. พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่า β สูงสุด (0.52) ในบรรดาตัวแปรทำนายทั้งหมด[14] สอดคล้องกับ อรรณพร ผาเจริญ ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่มีนัยสำคัญ[15] และการศึกษาของ Peterson et al. พบว่าการรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.38$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก[16] และยังสอดคล้องกับ Brown et al. ที่พบว่าโปรแกรมที่ช่วยลดการรับรู้อุปสรรคทำให้พฤติกรรมสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[17] และการศึกษาของ Chen et al. พบว่าความรู้มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทัศนคติ ($\beta = 0.28$)[14] และ Taylor et al. (2020) ที่ยืนยันว่าลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจรวมถึงอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ[18]

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดนโยบายส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยบรรจุในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ในระดับชุมชน เนื่องจากพบว่าสิ่งชักนำจากบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมแบบครบวงจร ควรพัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้มีความต่อเนื่อง โดยจัดให้มีคลินิกทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ไม่จำกัดเพียงการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย แต่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมป้องกันและการติดตามผลการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีค่า DMFT สูง มีโรคปริทันต์อักเสบและมีคู่สบฟันน้อยกว่า 4 คู่

4. ควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตามช่วงเวลาและเพื่อสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างน่าเชื่อถือมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). World Population Ageing 2017: Highlights (ST/ESA/SER.A/397). https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf

2. Thakur, R. P., Banerjee, A., & Nikumb, V. B. (2013). Health problems among the elderly: A cross-sectional study. Annals of Medical and Health Sciences Research, 3(1), 19–25. https://doi.org/10.4103/2141-9248.109466
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
5. Solhi, M., Shojaei Zadeh, D., Seraj, B., & Faghih Zadeh, S. (2010). The application of the health belief model in oral health education. Iranian Journal of Public Health, 39(4), 114–119. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23113044/
6. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
7. Harirugsakul, P., Kaewkamnerdpong, I., Krisdapong, S., Prasertsom, P., Niyomsilp, K., & Vejvithee, W. (2021). Social backgrounds, oral behaviors and dental service utilization among Thai older adults: Data from the national oral health survey. Journal of Health Research, 35(6), 506–514. https://doi.org/10.1108/JHR-11-2019-0253
8. Amornsuradech, S. (2019). Socioeconomic inequality and dental caries among Thai working age population: Analysis of Thailand National Oral Health Survey. Journal of Health Research, 33(5), 398–407. https://doi.org/10.1108/JHR-03-2019-0060
9. สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 4(1), 101–119.
10. Kawaguchi, A., et al. (2025). Gender differences in roles of health behavior between marital status and oral health. Geriatrics & Gerontology International, 25, 1397–1403. https://doi.org/10.1111/ggi.70031
11. สุรัญชนา รุ่งเรือง. (2568). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรม ความรู้ และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากกับสภาวะปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุ ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล, 36(1), 28–39. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/273371
12. กิตติศักก์ นามวิชา. (2559). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก. วารสารวิจัยสุขภาพ, 12(3), 45-56.
13. Martinez, A., Smith, J., & Lee, R. (2021). Self-efficacy as mediator between knowledge and health behavior. Journal of Health Psychology, 26(4), 567-578. https://doi.org/10.1177/1359105321991234
14. Chen, L., Zhang, Y., & Wang, H. (2021). Self-perceived ability as a predictor of health behavior: A meta-analysis. International Journal of Public Health, 66(1), 123-134. https://doi.org/10.1007/s00038-020-01434-5
15. อรรณพร ผาเจริญ. (2565). แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 30(2), 89-98.
16. Peterson, M., Johnson, P., & Davis, S. (2023). Perceived benefits and oral health behavior change: A longitudinal study. Journal of Dental Research, 102(3), 345-356. https://doi.org/10.1177/00220345221123345
17. Brown, T., Williams, R., & Taylor, S. (2019). Reducing perceived barriers to improve oral health behavior: A randomized controlled trial. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 47(5), 456-463. https://doi.org10.1111/ce.12456 [blocked]
18. Taylor, E., Green, D., & Harris, M. (2020). Socioeconomic factors and oral health behavior: A cross-sectional study. BMC Public Health, 20(1), 1234. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09012-3

การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุร่วมกับภาวะช็อกด้วยการผ่าตัดช่องท้อง : กรณีศึกษา

Nursing care of a patient with gastric ulcer and shock who received abdominal surgery: Case Study

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ภคมน เพชรรัตน์[1]
Pakamon Petcharat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วยกะเพาะทะลุด้วยการผ่าตัดช่องท้องร่วมกับภาวะช็อก วิธีการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยชายพม่า เข้ารับการรักษาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางสะพาน จำนวน 1 ราย ด้วยโรคกระเพาะอาหารทะลุร่วมกับภาวะช็อก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง Explore laparotomy ด้วยวิธี Simple suture with omental graft ในช่วง 6 มกราคม 2568 – 12 มกราคม 2568 รวมระยะเวลา 6 วัน จากแบบ บันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการเยี่ยมติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษาพบผู้ป่วยชายพม่า อายุ 32 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดทั่วท้อง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคกระเพาะ ปวดเมื่อยตัว ซื้อยาแก้ปวด ยาชุดรับประทานเองเป็นประจำ และดื่มแอลกอฮอล์บ่อย แรกรับตรวจร่างกายพบ Tenderness guarding ผล CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid located anterior abdomen ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ หลังจากนั้น ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านได้หลังนอนโรงพยาบาล 6 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคกระเพาะอาหารทะลุ, ภาวะช็อค , การผ่าตัดเปิดช่องท้อง

Abstract

This study was case study focuses on examining shock-afflicted patients undergoing abdominal surgery for gastric perforation. The research encompassed a single Myanmar male patient admitted to the Emergency Room at Bang Saphan Hospital, diagnosed Gastric ulcer perforation with shock and treated with an exploratory laparotomy and simple suture reinforced with an omental graft from January 6 to January 12, 2025, a period of six days. Data were gathered from inpatient records, patient and relative interviews, and post-discharge symptom follow-ups.

The study revealed that a 32 yearold Myanmar male presented at the hospital with acute generalized abdominal pain, history of Gastric ulcer, including daily painkillers and alcohol regulrly. Initial examination showed abdominal tenderness and guarding, with CT Whole Abdomen revealing Free air and fluid located anterior abdomen. The patient was treated with abdominal surgery, intravenous fluids and antibiotics, showing significant improvement and hospital discharge after six days.

Keywords : nursing , Gastric ulcer perforation , shock , abdominal surgery

บทนำ

โรคแผลกระเพาะอาหารทะลุ (perforate) หมายถึงการที่แผลในกระเพาะอาหารลึกขึ้นจนทะลุผ่านชั้นmuscular และ serosal ขนาดของรูทะลุมีได้ตั้งแต่ 3 มิลลิเมตรจนถึง 1 เซนติเมตรหรือใหญ่กว่า เมื่อเกิดแผลทะลุจะเกิดกรดน้ำย่อยและเศษอาหารจะรั่วออกสู่ peritoneal cavity ทำให้เกิด generalized peritonitis ขึ้น ในกรณีที่แผลทะลุมีขนาดเล็ก fibrin และอวัยวะข้างเคียง omen tum หรือตับอาจช่วยอุดรูทะลุได้บางส่วน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางสะพาน

โดยแผลที่เกิดขึ้นจะไม่ปิดเองและมีการปนเปื้อนในช่องท้องมาก ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อคจาก hypovolemia และ sepsis ภายในเวลา 24 ชั่วโมง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยพบผู้ป่วยในช่วงอายุ 30-60 ปีและพบมากที่สุดในผู้สูงอายุ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาต้านการอักเสบในกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) เป็นเวลานาน เช่น แอสไพริน ไอบูโปรเฟน ส่งผลให้เกิดแผลบริเวณกระเพาะอาหาร เมื่อภาวะของโรคดำเนินเป็นแผลลึกมีการทะลุของกระเพาะอาหาร จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเยอรมัน พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นแผลกระเพาะอาหารทะลุประมาณ 100 - 150 รายต่อแสนประชากรต่อปี พบทั้งเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยพบในเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 14 และ 11 ตามลำดับ สำหรับสถิติในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2565 - 2567 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราการเกิดแผลกระเพาะอาหารทะลุ 709.4 ,748 และ 817.09 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ[1]

การผ่าตัดช่องท้องเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา โดยการตัดผ่านผนังช่องท้องและเยื่อบุช่องท้องเข้า ไปเพื่อแก้ไข ด้วยการเย็บซ่อมปิดรอยแผลที่เกิดการแตกทะลุ เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลา1-2 ชั่วโมง และผู้ป่วยต้องได้รับการดมยาสลบในระหว่าการทำผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังของการทำผ่าตัดได้ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องที่พบได้บ่อย คือ ท้องอืด ปอดอักเสบหรือปอดแฟบ และการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและผลลัพธ์เชิงลบที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย โดยภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัดช่องท้อง (Paralytic ileus) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อยและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะภายหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีความไม่สุขสบายอย่างมากจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับอาการในระบบทางเดินอาหารอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ไม่ผายลมไม่ถ่ายอุจจาระ และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอื่นๆ ได้ เช่น เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ดังนั้นควรส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ให้กลับมาทำหน้าที่โดยเร็วภายหลังผ่าตัด เพื่อช่วยลดความ ทุกข์ทรมานจากภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น[2,3]

จากสถิติของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางสะพานและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องโดยการผ่าตัดเพื่อเย็บรูรั่วบริเวณแผล ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยจำนวน 8 ,12 และ 13 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการวางแผนและให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะระหว่างการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายกลับบ้านอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ[4] โดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วย ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมพยาบาลที่มีทักษะสูงและพร้อมตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีความสำคัญเป็นพิเศษ ไม่ใช่เพียงแค่การเตรียมอุปกรณ์หรือช่วยผ่าตัด แต่รวมถึงการประเมินผู้ป่วยอย่างแม่นยำ การวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีม การควบคุมการติดเชื้อ และการส่งต่อข้อมูลทางคลินิกไปยังทีมดูแลหลังผ่าตัด เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย จากผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางสะพาน ในช่วงเดือนมกราคม 2568

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยการวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิด ทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุ (Peptic Ulcer Perforation) ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหา ความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลและประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล ประเมินผล

5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

จริยธรรมการวิจัย

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

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายพม่าอายุ 32 ปี เชื้อชาติพม่า สัญชาติพม่า สถานภาพโสด อาชีพรับจ้าง ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ดื่มสุราเป็นประจำ 2-3 วัน/สัปดาห์ 5 ปีก่อนเคยมีประวัติป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหาร ซื้อยารับประทานเอง 2 ปีก่อนมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ซื้อยาชุดแก้ปวดรับประทานเอง ประมาณเดือนละ 3-4 ชุด ครั้งนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางสะพานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ 6 มกราคม 2568

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

วันที่ 6 มกราคม 2568 ผลการตรวจ

- Completet Blood Count พบ WBC 7,850 cells/ cell/mm3, Neutrophil 87%, Lymphocyte 23%, Monocyte 3%, Eosinophil 0%, Basophil 0%, Hematocrit 41.2%, Platelet count 240,000 cell/mm.

- Electrolyte พบ Sodium 141 mmol /L, Potassium 3.9mmol /L, Chloride 101 mmol /L, CO2 18 mmol /L BUN 14.9 mg/dl, Creatinine 0.85 mg/dl eGFR 124.19 ml/min

- Coagulation พบ PT 10.3 , INR 1.06 , APTT 25.7

- Urine Analysis พบ WBC 0-1 /HPF, RBC 0-1 /HPF

- CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid located anterior abdomen and periheptic region probably due to hollow viscus organ perforation.

การวินิจฉัย โรคแผลกระเพาะอาหารทะลุและมีภาวะช็อก (Peptic Ulcer Perforation with shock)

การผ่าตัด Exploratory laparotomy with simple suture with omental graft

สรุปการรักษาและอาการขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางสะพาน ด้วยอาการ ไข้ ปวดท้องทั่วท้อง คลื่นไส้ ไม่อาเจียน อ่อนเพลีย 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติการใช้ยาชุด และดื่มสุราเป็นประจำ แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ท้องแข็งตึงและกดเจ็บทั่วท้อง อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 92 % capilary refill 3 วินาที ให้ O2 canular 3 LPM ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ปวดท้องมาก pain score 8 คะแนน ผล CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid located anterior abdomen and periheptic region, probably due to hollow viscus organ perforation. แพทย์วินิจฉัยเป็นแผลกระเพาะอาหารทะลุ งดอาหารและน้ำทางปาก ให้ 0.9% NSS 1,000 ml IV load free flow 1,000 ml then rate 120 cc/hr เฝ้าระวังตำแหน่งที่ให้สารน้ำป้องกันการรั่วออกนอกเส้นเลือด บริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีการอักเสบ ให้ยา Morphine 3 mg IV , Losec 40 mg IV , Ceftriaxone 2 gm IV drip , Metronidazole 500 mg IV drip เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการแพ้ยา ผู้ป่วยกระสับกระส่ายน้อยลง pain score 5 คะแนน จองเลือด 2 ถุง เตรียมไปห้องผ่าตัด ใส่สายจมูกลงสู่กระเพาะอาหารต่อลงถุง (Retained NG tube with bag) และใส่สายสวนปัสสาวะ (Retained Foley's cath) ปัสสาวะออก 30 ml. ใน 1 ชั่วโมง ส่งผ่าตัดด่วน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explore laparotomy with Simple suture with Omental Graft ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 120 ml ผู้ป่วย on O2 canular 3 LPM ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดหน้าท้องแนว midline แผลยาว 18 เซนติเมตร ไม่มีเลือดซึม เจาะ Hct ได้ 38% วางแผนการพยาบาลในการประเมินเลือดที่ออกทางบาดแผล ประเมินภาวะพร่องสารน้ำ สัญญาณชีพเข้าสู่ระดับปกติและคงที่ (ความดันโลหิต 100/62 - 110/94 มิลลิเมตร) ไม่พบภาวะไตวายเฉียบพลันจากพร่องสารน้ำ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลมาก pain score 7 - 8 คะแนน บำบัดความเจ็บปวดโดยการจัดท่า ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine 4 mg IV อาการปวดทุเลาลง pain score 3 คะแนน

24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยนอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ยังมีไข้ อุณหภูมิกาย 37.5-38 องศาเซลเซียส หายใจไม่เหนื่อยหอบ Off O2 Canular ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 - 99% แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบภาวะซีด Hct 36% ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง

หลังผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยเริ่มลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย Off NG tube , Off Foley's cath เริ่มจิบน้ำได้ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ ปวดแผลเล็กน้อย pain score 3 คะแนน ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ ให้รับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนตามลำดับ หลังรับประทานอาหารท้องไม่อืดตึง ไม่ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระได้ ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2-3 คะแนน

หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ รับประทานอาหารธรรมดาได้ ปวดแผลเล็กน้อย pain score 1-2 คะแนน แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน ได้รับคำแนะนำการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ วางแผนจำหน่ายและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 13 มกราคม 2568 พร้อมนัดติดตามอาการ 1 อาทิตย์รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 6 วัน ระหว่างการ

รักษาผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยสภาพร่างกายแข็งแรง แผลผ่าตัดหลังตัดไหมแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ ขับถ่ายปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u> **1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากอยู่ในภาวะช็อก** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการตัวเย็น กระสับกระส่าย มีไข้ ปวดทั่วท้อง ปัสสาวะออก 30 ml ใน 1 ชั่วโมง 2. CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid at upper anterior abdomen and periheptic region, indicating ruptured hollow viscus organ, right pleural effusion 3. อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/64 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 92% capillary refill 3 วินาที **วัตถุประสงค์** เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแล on O2 canular 3 LPM ตามแผนการรักษา 2. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน เพิ่มพื้นที่การขยายของปอด ทำให้ได้รับออกซิเจนมากขึ้น 3. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 1 ชั่วโมง แล้วปรับเป็นทุกๆ 4 ชั่วโมง เมื่ออาการเริ่มคงที่ โดย monitor NIBP ติดตามชีพจร อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 4. ประเมินภาวะ cyanosis และ air hunger ไม่ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยหายใจ ภาวะ cyanosis เช่น ปลายมือปลายเท้า ซีด เย็น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย ซึมลง ถ้ามีให้รีบให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์ 5. ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือให้พร้อม ในภาวะที่มีภาวะ การหายใจล้มเหลว **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อุณหภูมิ 36.8-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-110/74 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 96-99%
2. มีภาวะช็อคจากการสูญเสียของเหลวและมีการติดเชื้อในช่องท้องจากการรั่วของกรดและเศษอาหารจากแผลทะลุเข้าสู่ช่องท้อง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลันทั่วท้อง ท้องแข็งตึง กดเจ็บมาก กระสับกระส่าย และตรวจพบ rebound tenderness 2. CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid at upper anterior abdomen and periheptic region, indicating ruptured hollow viscus organ, right pleural effusion 3. อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/64 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 92% capilary refill 3 วินาที 4. ใส่สายสวนปัสสาวะ (retained Foley's catheter) ปัสสาวะออก 30 ml และภายหลังใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกค้างสาย **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อและการสูญเสียน้ำ	1. ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีในระยะวิกฤติ และประเมินอาการของภาวะช็อค เช่น ซึมลง ชีพจรเบาเร็ว ปัสสาวะน้อย 2. เพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml IV load free flow 1,000 ml then rate 120 ml/hr ดูแลควบคุมจำนวนหยดให้ได้ตามแผนการรักษา 3. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว4. บันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับ และบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ประเมินความสมดุลในรอบ 24 ชั่วโมง รายงานแพทย์หาก urine output ≤ 30 ml/hr 5. งดน้ำและอาหารทางปาก (NPO) ทันทีและเฝ้าระวังการสำลัก 6. ประสานงานกับทีมศัลยแพทย์/ทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี เพื่อความพร้อมของห้องผ่าตัด 7. ติดตามผล CBC, WBC, Hct, BUN/Cr, Electrolyte และ UA และรายงานค่าผิดปกติแก่แพทย์ทันที 8. ให้ยาปฏิชีวนะตามคำสั่งแพทย์ ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm IV drip OD, Metronidazole 500 mg IV drip q 8 hr พร้อมเฝ้าระวังอาการแพ้ยา เช่น ผื่น หายใจลำบาก **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีอาการซีด ตัวเย็น หรือหายใจลำบาก มีสัญญาณชีพคงที่ ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
2. ไม่มีอาการของภาวะช็อค เช่น ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะน้อยลง หรือซึมลง 3. Capillary refill ≤ 2 วินาที 4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ml ใน 1 ชั่วโมง	โลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 96% Capillary refill ≤ 2 วินาที ปัสสาวะออก 40 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง
3. ปวดท้องเนื่องจากกระเพาะอาหารทะลุ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องทั่วท้อง กดเจ็บบริเวณลิ้นปี่และช่องท้องส่วนบน pain score 8 คะแนน 2. ตรวจพบ rebound tenderness และ guarding 3. ผล CT Whole Abdomen: hollow viscous organ perforation ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ภาวะแผลกระเพาะอาหารทะลุ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical Rating Scale (NRS) ทุก 30–60 นาที หรือเมื่อ มีอาการเปลี่ยนแปลง 2. จัดท่าผู้ป่วยในท่านอนงอเข่า (knee–chest position) โดยใช้หมอนรองใต้เข่าหรือข้างลำตัว 3. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Morphine 3 mg IV และประเมินซ้ำภายใน 30–60 นาที พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของการใช้ยา
วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการปวดท้องและเพิ่มความสบายให้แก่ผู้ป่วย	4. เฝ้าระวังสัญญาณของภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดท้องเพิ่มขึ้น สีหน้าเครียด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ปัสสาวะน้อยลง หรือความดันโลหิตต่ำ อันอาจบ่งชี้ถึงภาวะ shock และรายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลด้านจิตใจ พูดคุยให้ข้อมูล สร้างความมั่นใจ และให้กำลังใจเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลที่อาจส่งผลต่อระดับความปวด (Holistic Nursing Care) 6. หากิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อให้คลายความกังวลเกี่ยวกับอาการปวด **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดลดลง Pain score 5 คะแนน ระหว่างรอการผ่าตัด
4. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลเมื่อทราบว่าจะต้องผ่าตัด ซักถามซ้ำเกี่ยวกับผลการผ่าตัดและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น 2. สอบถามอาการบ่อยครั้ง “รักษาด้วยการ กินยาได้ไหม” 3. ญาติแสดงอาการวิตกกังวล ขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคที่เป็น และขั้นตอนการรักษา 4. ผู้ป่วยเผชิญเหตุการณ์เจ็บป่วยเฉียบพลันโดยไม่มีการเตรียมใจล่วงหน้า และจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา 2. เพื่อลดระดับความวิตกกังวล และเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างเหมาะสม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล 2. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย 3. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากกระเพาะอาหารทะลุ เพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 4. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำและเลือด การงดอาหารและน้ำ 5. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พร้อมประเมินความเข้าใจซ้ำหลังการให้ข้อมูล และส่งเสริมการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม **การประเมินผล** ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
<u>ระยะขณะผ่าตัด</u> **5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีการปนเปื้อนภายในช่องท้อง** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. พบ Gastric content ในช่องท้องประมาณ 1,050 ml จากแผลทะลุกระเพาะอาหาร	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เตรียมชุดผ่าตัดและอุปกรณ์ให้ปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงการปนเปื้อนระหว่างจัดเตรียม และเปลี่ยนอุปกรณ์หากสงสัยว่าไม่ปลอดเชื้อ 2. เตรียมและดูแลอุปกรณ์ให้ปลอดเชื้อก่อนและระหว่างผ่าตัดทุกขั้นตอน 3. ควบคุมเทคนิคปลอดเชื้อตลอดการผ่าตัด (Aseptic technique) 4. ดูแลการล้างช่องท้อง (abdominal toilet) อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
2. มีการเปิดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ผ่านผนังหน้าท้อง แผลผ่าตัดหน้าท้องแนว midline แผลยาว 18 เซนติเมตร **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อควบคุมการติดเชื้อในระหว่างการผ่าตัด 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเข้าสู่เนื้อเยื่อและกระแสเลือด	5. จัดการกับของเสียและวัสดุปนเปื้อนทันที เปลี่ยน drape หรือผ้าปิด หากมีการรั่วซึมหรือปนเปื้อน 6. เตรียมและติดตามการให้ยาปฏิชีวนะ ลดความเสี่ยงการติดเชื้อหลังผ่าตัด 7. บันทึกการควบคุมปลอดเชื้อในแบบบันทึกการผ่าตัด ระบุว่าเป็นเคส contaminate wound **การประเมินผล** หลังจากการปฏิบัติการพยาบาลในระหว่างการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ สัญญาณชีพคงที่ตลอดการผ่าตัด ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดสะอาด ไม่มีของเหลวผิดปกติ ไม่มีบวมแดง หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีไข้แต่แนวโน้มของไข้เริ่มลดลง แผลผ่าตัด ไม่มีอักเสบ บวมแดง แผลไม่มี Discharge ซึม
6. เสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ Exploratory Laparotomy และเย็บปิดแผลที่ posterior wall ของกระเพาะอาหาร 2. แผลมีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร และพบการอักเสบของเยื่อบุช่องท้องร่วมด้วย 3. จำเป็นต้องมีการดูแลใกล้ชิดด้าน hemostasis และการเตรียมความพร้อมในการ transfusion **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด 2. เพื่อให้สัญญาณชีพของผู้ป่วยคงที่ และปริมาณเลือดอยู่ในระดับปลอดภัยตลอดช่วงผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือห้ามเลือด เช่น electrocautery, hemostat, absorbable gauze และเตรียมอุปกรณ์ transfusion ตามแนวทางมาตรฐาน 2. บันทึกและประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด โดยนับจำนวนผ้าก๊อซที่เปียกเลือด และวัดปริมาณใน suction bottle อย่างใกล้ชิด 3. ประสานทีมวิสัญญีเพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพแบบต่อเนื่อง และเตรียมเลือดสำรอง 2 ถุง 4. เปลี่ยนผ้าก๊อซที่เปียกเลือดทันที เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนและลดความเสี่ยง retained gauze โดยช่วย Scrub nurse จัดการและบันทึก gauze count อย่างถูกต้อง 5. ประเมินจุด bleeding point ช่วยจัดท่าหรือจัดแสงให้ศัลยแพทย์มองเห็นตำแหน่งชัดเจน เพื่อลด ระยะเวลาการเสียเลือด และสนับสนุนการผ่าตัดอย่างรวดเร็วและปลอดภัย **การประเมินผล** ระหว่างผ่าตัด พบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย (ประมาณ 120 ml) ทีมผ่าตัดสามารถ ควบคุม bleeding point ได้ดี ไม่พบ active bleeding เพิ่มเติม ผู้ป่วยมีความดันโลหิตและชีพจรคงที่ตลอดการผ่าตัด ไม่จำเป็นต้องให้เลือดเพิ่มเติม
7. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการจัดท่าผ่าตัดหรือการใช้เครื่องมือทางศัลยกรรม **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง (Exploratory Laparotomy) ซึ่งใช้เวลานาน 2 ชั่วโมง 2. การผ่าตัดต้องจัดท่าหงายราบ (supine position) และมีการจัดตำแหน่งแขนเพื่อเปิด ช่องท้อง **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนหรือเส้นประสาทจากการจัดท่าที่ไม่เหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทางกายภาพและลดความไม่สบายตัวระหว่างผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดท่าผู้ป่วยในท่า supine โดยปรับระดับแขนให้อยู่ไม่เกิน 90 องศา และมืออยู่ในแนวเดียวกับ หัวไหล่ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณ brachial plexus ใช้หมอนหรือวัสดุรองรับใต้เข่า ข้อศอก และจุดรับแรง เพื่อกระจายน้ำหนักและลดแรงกดต่อเนื้อเยื่ออ่อน 2. ตรวจสอบการวางตำแหน่งของสาย catheter, สายน้ำเกลือ และสาย suction ไม่ให้กดทับ 3. ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงก่อนและหลังผ่าตัด เช่น หลังมือ สะโพก เข่า ส้นเท้า 4. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับท่าผ่าตัด ระยะเวลา และอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดท่า **การประเมินผล** หลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยไม่มีรอยกดทับหรือความผิดปกติทางผิวหนัง ไม่มีอาการปวด ชา หรือรู้สึกไม่สบายบริเวณที่ถูกจัดท่าในระหว่างผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
	ทีมผ่าตัดสามารถจัดท่าได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพตาม มาตรฐานวิชาชีพ
<u>ระยะหลังผ่าตัด</u> **8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ่ว 2. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง 3. ประเมิน pain score 8–10 4. สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 100 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 130/90 mmHg **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยสุขสบาย อาการปวดแผลลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดท่าผู้ป่วย Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น 2. ประเมินลักษณะและระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยทุก 4–6 ชั่วโมง และหลังให้ยา 30–60 นาที โดยใช้ Numerical Rating Scale ในการประเมินความปวด 3. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine 3 mg IV stat and prn ทุก 4 ชม. และเฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ ง่วงซึม หรือหายใจช้า 4. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุยเพื่อให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง 5. สอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และให้เคลื่อนไหวอย่างช้าๆ เวลาเปลี่ยนท่า หรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจาก สิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมขณะผู้ป่วยหลับ 7. สนับสนุนให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย (deep breathing, relaxation) และกระตุ้นให้ early ambulation อย่างเหมาะสมภายใต้การดูแล **การประเมินผล** หลังได้รับยาแก้ปวด ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดแผลลดลง pain score 3–4 สีหน้าผ่อนคลาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด หลับพักผ่อนได้ และสามารถลุกเดินได้ระยะสั้นโดยไม่มีอาการเจ็บปวดรุนแรง ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากยาระงับอาการปวด
9. เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากกเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบ่นครั่นเนื้อ ครั่นตัว มีไข้ 2. มีแผลผ่าตัดแนวกลางหน้าท้องยาว 18 เซนติเมตร 3. ระยะการผ่าตัดนาน 2 ชั่วโมง 4. อุณหภูมิร่างกาย 37.8-38 องศาเซลเซียส **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ discharge สีผิดปกติ มีหนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ 2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อทำแผลผ่าตัดแบบ dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผล suture วนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผล เช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล 4. สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล 5. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล 6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล 7. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 gm IV drip OD, Metronidazole 500 mg IV drip q 8 hr และสังเกตอาการ ข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก 8. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ **การประเมินผล** หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ที่ 36.8 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge หรือ กลิ่นเหม็น ไม่พบอาการแสดงการติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลแผลเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
10. มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. สอบถามผู้ป่วย ไม่ทราบสาเหตุการป่วย ในครั้งนี้ 2. ผู้ป่วยซื้อยาชุดแก้ปวดกล้ามเนื้อมารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย 3. ผู้ป่วยบอกชอบรับประทานอาหารรสจัด อาหารเผ็ด และชอบดื่มสุรา **วัตถุประสงค์** มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคแผลในกระเพาะอาหาร	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดจัด ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การดื่มสุรา การซื้อยามารับประทานเองที่มีผลระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร 2. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค พบว่ามีความรู้น้อย 3. แนะนำให้พักผ่อนเพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ ลดภาวะเครียด และความวิตกกังวลต่าง ๆ 4. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเผ็ดเปรี้ยว รับประทานอาหารให้เป็นเวลา วันละประมาณ 3 มื้อต่อวัน ไม่ควรรับประทานอาหารครั้งละมาก ๆ 5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ทำให้เกิดการระคายเคือง และอักเสบของเยื่อบุทางเดินอาหาร เช่น ยาชุดแก้ปวดกล้ามเนื้อ 6. แนะนำให้งดการดื่มน้ำอัดลมและกาแฟ ซึ่งจะทำให้อาการของแผลในกระเพาะอาหารเป็นมากขึ้น 7. แนะนำให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหาร เช่น อาการปวดใต้ลิ้นปี่ จุกเสียด แน่น ท้องอืด 8. แนะนำให้ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหาร ได้แก่ เลือดออก ทะลุ อุดตัน ติดเชื้อ ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ปวดแน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้อาเจียนมาก หรือมีไข้ควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อให้การตรวจวินิจฉัย และให้ความช่วยเหลือได้ทันท่วงที 9. หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง หากมีปัญหาทางสุขภาพควรปรึกษาแพทย์ 10. ประเมินความเข้าใจโดยถามซ้ำอีกครั้ง **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคแผลในกระเพาะอาหาร เมื่อสอบถามตอบได้ ทบทวนการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยและญาติตอบได้ถูกต้อง
11. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ไม่ครบถ้วน **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังนี้ - M (Medication) : อธิบายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบและปฏิบัติได้ถูกต้อง Amoxicillin (500) 2x2 pc ครบ 10 วัน, Claritromycin (500) 2 x3 pc ครบ 10 วัน, Omeprazole(20) 1x2 ac ครบ 10 วัน, Paracetamol (500) 1 tab prn q 4 - 6 hr เวลาปวดหรือมีไข้ - E (Environment & Economic) : จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบ วางของใกล้มือ งดยกของหนักอย่างน้อย 1 เดือน งดเว้นการดื่มสุรา - T (Treatment) : อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแผนการรักษาฟื้นฟูและการรับประทานยาที่ถูกต้องกับผู้ป่วยและญาติ - H (Health) : แนะนำประสานงานให้ผู้ป่วยทำแผลผ่าตัดที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน วันละ 1 ครั้ง แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ งดการยกของท่างอหลัง แนะนำเรื่องการพักผ่อน 7-8 ชั่วโมงต่อวัน - O (Outpatient Referral) : แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจแพทย์ศัลยกรรมตามนัดหลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการและตัดไหม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
	- D (Diet) : แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม 2 สัปดาห์ งดของหมัก ดอง และอาหารรสจัด เช่น เผ็ด เปรี้ยว

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้มีประวัติการรับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำ เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดทั่วท้องก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ด้วยผล CT Whole Abdomen พบ พบ free air และ massive ascites และเกิดภาวะช็อก พยาบาลเป็นผู้เฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันท่วงทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว รวมทั้งได้รับการผ่าตัดในระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่พบความล่าช้าของการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแผลกระเพาะอาหารทะลุในระยะก่อนผ่าตัดเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อเกิดแผลทะลุจะมีกรดน้ำย่อยและเศษอาหารรั่วออกมา ทำให้ช่องท้องอักเสบซึ่งในระยะแรกการอักเสบเป็นแบบ chemical peritonitis แต่หลายชั่วโมงต่อมา จะเปลี่ยนเป็น bacterial peritonitis การอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำในช่องท้อง มีการปนเปื้อนในช่องท้องมาก ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำและช็อกจากการติดเชื้อ ผู้ศึกษาจึงได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดคือแก้ไขภาวะพร่องสารน้ำโดยการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วให้เพียงพอก่อนผ่าตัด ควบคู่กับประเมินภาวะไตวายเฉียบพลันประเมิน เฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อเข้ารับการผ่าตัดเร่งด่วนการเตรียมความพร้อมของทีมในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่างหลังผ่าตัด ภายหลังผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว สิ่งที่สำคัญคือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด ในระยะวางแผนจำหน่าย ผู้ศึกษาเตรียมความพร้อมในการดูแลบาดแผลต่อเนื่อง การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้ชักนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการรับประทานยาแก้ปวด เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยกระเพาะอาหารทะลุ จากการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาได้ผลดี เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้[5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะใน โรงพยาบาลชุมชน ควรจัดทำ clinical pathway สำหรับภาวะ perforated peptic ulcer ที่รวมทั้งแนวทาง ประเมิน การเตรียมก่อนผ่าตัด การดูแล intra-op และ post-op เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วและสอดคล้องกัน

2. ควรจัดอบรมและฝึกซ้อมทีมดูแลภาวะฉุกเฉินข้ามวิชาชีพ (Emergency Surgical Team) เพื่อเสริมสร้างทักษะการประเมินอย่างรวดเร็ว การประสานงาน และการเตรียม OR ในช่วงเวลาฉุกเฉิน โดยเฉพาะช่วงนอกเวลาราชการ

3. ส่งเสริมบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การเฝ้าระวัง paralytic ileus การติดเชื้อแผลผ่าตัด และภาวะขาดสารน้ำ โดยควรมี checklist ประเมินอย่างต่อเนื่อง ทุก 8 ชั่วโมง

4. ควรจัดทำสื่อสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคแผลในกระเพาะอาหารเช่น แผ่นพับ หรือคลิปวิดีโอเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และอาการเตือนเพื่อมารับบริการโดยเร็ว

5. ส่งเสริมเรื่องการเตรียมความพร้อมการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เช่น การทำแนวทางการให้ข้อมูลการดูแลตัวเองที่บ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

6. จัดระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย (Follow-up care) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเกิดแผลซ้ำซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถิติโรค. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567.
2. วิภาวรรณ ฉัตรแสงมณี, อำไพ กลิ่นจันทร์.(2020). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร. อ้างอิงใน: บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, บรรณาธิการ. การพยาบาลศัลยศาสตร์. เล่ม 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2020. หน้า 184–208.
3. จุไรรัตน์ นนทวงษ์.(2020). การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารทะลุในโรงพยาบาลชุมชน. วารสาร พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2020;43(2):45–55.
4. โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช(2567) กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. https://srth.go.th /research/file/20240403161134-25
5. สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย.(2018). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะ อาหารเรื้อรังและแผลทะลุ. กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย; 2018.
6. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ยุพิน พูลกำลัง.(2561). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับ การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกแบบใช้หน้ากาก. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
7. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์ , สุพรรณิการ์ ปียะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงศ์.(2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้2563;7(3).

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคระยะสงบ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

EFFECTIVENESS OF INTENSIVE LIFESTYLE MODIFICATION PROGRAM TO ACHIEVE REMISSION IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS, DEBARATANA NAKHON RATCHASIMA HOSPITAL

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ปิยะทิพย์ สุทธิศรีศิลป[1]

Piyathip Sutthisrisil[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ความสามารถในการควบคุมน้ำตาลในเลือด การลดยา การหยุดยารักษาโรคเบาหวาน และความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคระยะสงบ และการดูแลรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ แบบบันทึกภาวะสุขภาพ แบบสอบถาม และเครื่องมือตรวจวัด/ประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Independent t-test และ Paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงมากกว่าการดูแลรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ หลังการศึกษา 3 เดือน และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ทั้งนี้ หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 42.5 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 42.5 และหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 25.0 หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 75.0 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 75.0 และหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 62.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ร้อยละ 100.0

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด, เบาหวานระยะสงบ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of intensive lifestyle modification in type 2 diabetic patients, ability to control blood sugar, reducing medication, stopping diabetes medication, and satisfaction with intensive lifestyle modification. The study samples were type 2 diabetic patients who received treatment at Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital. They were divided into an experimental group and a comparison group, each group had 40 people. Research tools were intensive lifestyle modification program to achieve remission and traditional maintenance practices, health status record form, questionnaire and health measurement / assessment tools. Data was analyzed by descriptive statistic, Chi-square test, Independent t-test and Paired samples t-test.

The study results found that after intensive lifestyle modification for 3 months and 6 months, diabetic patients had better self-care behaviors, decrease in body mass index, waist circumference, and HbA1c by statistical significant (p-value < 0.001), and had better self-care behaviors, body mass index, waist circumference, and HbA1c were reduced more than with traditional maintenance practices after 3 months and 6 months of study by statistical significant (p-value < 0.05). After intensive lifestyle modification for 3 months, diabetic patients were able to control their blood sugar levels at 42.5%, reduced the use of

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

diabetes medication at 42.5% and stopped the use of diabetes medication at 25.0%. After intensive lifestyle modification for 6 months, diabetic patients were able to control their blood sugar levels at 75.0%, reduced the use of diabetes medication at 75.0% and stopped the use of diabetes medication at 62.5%. Diabetic patients had a high overall satisfaction level at 100.0%.

Keywords: type 2 diabetes, intensive lifestyle modification, diabetes remission

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุข ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด[1] จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานโลก ปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกทั้งหมด 537 ล้านคน[2] และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และมีแนวโน้มเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที[3] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี[4] ทั้งนี้ ทุก 1 ชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ซึ่งการเสียชีวิตมักเกิดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคไตวาย[5] ปีงบประมาณ 2566 สถานการณ์ในประเทศไทยพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน 597.35 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย ร้อยละ 2.14[6] คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 5 ล้านคน หรือมากกว่า[2]

การป่วยเป็นโรคเบาหวานของคนไทยนับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ[7] ปัญหาการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นปัญหาสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการของโรคแย่ลง เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน-มัน การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง และการมีภาวะเครียด เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการส่งผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิซึมและการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง[8] ซึ่งจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดในสมอง หลอดเลือดโคโรนารี และหลอดเลือดส่วนปลาย เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเสียชีวิตถึงร้อยละ 65 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ 2 เท่า ผลกระทบด้านสังคม คือทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำงาน รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตแย่ลง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล[9] และเป็นภาระด้านงบประมาณของประเทศ ถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[10]

โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดที่มารับบริการรักษาพยาบาล จำนวน 3,097 คน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 15.2 เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 0.4 ระบบไต ร้อยละ 31.6 เท้า ร้อยละ 8.2 ทั้งนี้ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 84.8 ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้[11] ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ให้การดูแลแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามนัดหมายในแต่ละเดือน พิจารณาระดับน้ำตาลในเลือด พูดคุย ซักถามถึงการปฏิบัติตัวและปัญหาในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัว แล้วให้ผู้ป่วยรับยาไปรับประทาน โดยจะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาพูดคุยซักถามปัญหา ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่มีการติดตามการปรับเปลี่ยนหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

ปัจจุบัน ได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะ

สงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ให้สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยไม่ต้องใช้ยา โดยเรียกภาวะนี้ว่า Diabetes remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก[12] ดังนั้น โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาจึงได้จัดให้มีการดูแลผู้ป่วยโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ตามแนวทางของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และทำการศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อดูประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางดังกล่าว ซึ่งจะได้พิจารณานำไปใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสม) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการควบคุมน้ำตาลในเลือด การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวานจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง (Two groups pre - posttest design)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.90 ระดับ significance 0.05 ขนาดอิทธิพล 0.45[13] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 4 คน เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ๆ ละ 40 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 80 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา
2. มีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ครั้งล่าสุด (ก่อนการศึกษา) ตั้งแต่ 7 mg% ขึ้นไป (ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้)
3. มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 ขึ้นไป
4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
5. ไม่เป็นโรคทางจิตเภท และโรคร่วมรุนแรง
6. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยินดีร่วมมือในการศึกษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามกำหนดเวลา (6 เดือน)
2. กลุ่มทดลองที่ไม่ได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ในเรื่องเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มทดลอง / กลุ่มเปรียบเทียบ ตามความสมัครใจ โดยผู้ป่วยแต่ละกลุ่มไม่ได้พบกัน และนัดหมายให้มาพบแพทย์ต่างวันกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคระยะสงบ และการดูแลรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ โดยมีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคระยะสงบ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[12] มาดำเนินการ ดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยการให้ตอบแบบสอบถาม ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเรื่องเรื่องอะไรที่ยังไม่ถูกต้อง พร้อมบอกผู้ป่วยให้ทราบ ให้คำแนะนำ และสอบถามผู้ป่วยว่าจะแก้ไขเรื่องอะไร และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายว่าจะดำเนินการเรื่องอะไรบ้าง ตามลำดับ ถือเป็นข้อตกลงร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วยดำเนินการตามความสามารถ อย่างค่อยเป็นค่อยไป และดำเนินการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง พร้อมทั้งตรวจวัดน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c)

2. ให้ความรู้ คำแนะนำ และรายงานผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและเข้มงวด ดังนี้

2.1 ให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยใช้สูตรอาหารแบบ 2:1:1 / Low Carb / High protein / Low calorie diet / Plant base / IF / Ketogenic Diet) ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย โดยจะพิจารณาร่วมด้วยกับผู้ป่วยถึงความเหมาะสม แล้วให้คำแนะนำถึงแนวปฏิบัติอย่างเข้มข้นในสูตรอาหารที่ผู้ป่วยเลือกใช้

2.2 ให้คำแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย / เพิ่มกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เช่น เดิน วิ่ง เต้น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกายผู้ป่วย อย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที หรือเดินมากกว่า 10,000 ก้าว / วัน

2.3 ให้คำแนะนำเรื่องการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และลด/ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

2.4 ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม Application line ใน Smart phone เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารให้คำปรึกษา ติดตาม และรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลการเจาะเลือดด้วยตนเอง

2.5 ให้ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมอธิบายการเจาะเลือดตรวจ และการอ่านผล แปลความหมาย

3. ผู้ป่วยดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองเป็นระยะ ตามแนวทางที่ได้จากการให้ความรู้ คำแนะนำ และเมื่อผู้ป่วยตรวจเลือดหลังการรับประทานอาหาร (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) ในช่วง 2 เดือนแรก หรือตามความจำเป็นหากมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อจะได้ตรวจสอบตัวเองได้ว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ให้บันทึก และรายงานเข้ากลุ่มไลน์ เพื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะได้พิจารณาให้ความเห็น / คำแนะนำต่อไป

4. ติดตาม เสริมพลังแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ดังนี้

4.1 ติดตามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน โดยใช้ Application line ใน Smart phone

4.2 ติดตามให้ผู้ป่วยมาที่แพทย์นัด เพื่อประเมินผลการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือน และ 6 เดือน ของการรักษา เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาปรับลดยาและหยุดยา ตามลำดับ

5. ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลการรักษา โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และทำการตรวจวัดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ในช่วง 3 เดือน และ 6 เดือน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการดำเนินการ กับในช่วง 3 เดือน และก่อนการดำเนินการกับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละบุคคล และพิจารณาถึงความสำเร็จการดำเนินการในภาพรวม เพื่อการจัดการให้บริการที่เหมาะสมต่อไป

สำหรับการดูแลรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

1) ประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการที่โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ก็ดำเนินการซักถามถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2) ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามปัญหาที่พบจากการซักถามถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือพฤติกรรมที่ยังทำได้ไม่ดี / ไม่สม่ำเสมอ และเน้นย้ำให้ปฏิบัติตัวดังกล่าว และรับประทานยาตามการรักษา

3) ติดตามและประเมินผลการรักษา จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ว่ามีผลเป็นอย่างไร

4) แพทย์ให้การรักษาและคำแนะนำ ตามผลการประเมิน และพฤติกรรมของผู้ป่วย พร้อมนัดหมายให้มารักษาในครั้งต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ก่อนการดำเนินการและเมื่อดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และสิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิดหรือให้เติมคำ (ใช้บันทึกก่อนดำเนินการ)

2) น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว การลดยารักษาโรคเบาหวาน การหยุดยารักษาโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ใช้บันทึกทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบ ก่อนและหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน (ใช้บันทึกก่อนดำเนินการและเมื่อดำเนินการไปแล้ว 3 และ 6 เดือน)

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ประกอบด้วย

1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดส่วนนี้ใช้สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 19 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง เป็นประจำ และทุกวัน/ทุกครั้ง แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน/ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นานๆครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบทุกวัน/ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นานๆ ครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน โดยถ้ามีคะแนนรวมมาก ถือว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี แต่ถ้ามีคะแนนรวมน้อยถือว่ายังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม/ยังไม่ดี (ใช้สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนดำเนินการ และเมื่อดำเนินการไปแล้ว 3 และ 6 เดือน ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ)

2) ความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ โดยข้อ 1 – 12 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ ส่วนข้อ 13 เป็นข้อคำถามความพึงพอใจโดยรวม มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่ามีความพึงพอใจมาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบ

มาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน ใช้ถามหลังการศึกษาในกลุ่มทดลอง (ใช้สอบถามความพึงพอใจเมื่อดำเนินการไปแล้ว 6 เดือน เฉพาะกลุ่มทดลอง)

2.3 เครื่องมือในการตรวจวัด/ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง (ใช้วัดดัชนีมวลกาย) สายวัดรอบเอว และเครื่องมือตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการวิจัย และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทั้งนี้ แบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพดังกล่าว จะพิจารณาใช้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามที่อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำแบบวัดดังกล่าว ไปตรวจสอบความเที่ยงตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.74 แบบวัดความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด = 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยและคณะที่ผ่านการอบรมแล้ว ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด / ดำเนินการแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ พร้อมเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ในเดือนมกราคม 2568 ครั้งที่ 2 เมื่อดำเนินการครบ 3 เดือน ในเดือนเมษายน 2568 และครั้งที่ 3 เมื่อการดำเนินการครบ 6 เดือน ในเดือนกรกฎาคม 2568

วิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test, Independent t-test และ Paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2024-245 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.5 มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้ ร้อยละ 25.0 และ 25.0 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.5 มีอาชีพค้าขาย รองลงมา ร้อยละ 27.5, 22.5และ 15.0 มีอาชีพรับจ้าง ช่วยเหลืองานในครอบครัว และธุรกิจส่วนตัว ตามลำดับ ร้อยละ 45.0, 40.0 และ 15.0 มีรายได้ 5,000 – 9,999 บาท น้อยกว่า 5,000 บาท และ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.5 มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมาน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.5 มีสิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นบัตรประกันสุขภาพ ส่วน **กลุ่มเปรียบเทียบ** พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.0 เป็นเพศหญิง มีอายุในแต่ละช่วงเท่ากัน (ร้อยละ 25.0) คือ น้อยกว่า 40 ปี 40 – 49 ปี 50 – 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้ ร้อยละ 47.5 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 22.5, 22.5, 22.5 และ 22.5 มีอาชีพค้าขาย รับจ้าง ช่วยเหลืองานในครอบครัว และธุรกิจส่วนตัว ส่วนร้อยละ 2.5 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.0 มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 55.0 มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมาน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.5 มีสิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นบัตรประกันสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05) ดังนั้น ทั้งสองกลุ่มจึง เหมาะสมต่อการศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

2. ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

2.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน

พบว่า หลังการทดลอง 3 เดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนหลังการทดลอง 6 เดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.005) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสม ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน

ตัวแปร	n	หลังการทดลอง 3 เดือน			หลังการทดลอง 6 เดือน		
		M	SD	p-value	M	SD	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนน)							
กลุ่มทดลอง	40	32.85	4.57	<0.001	40.13	3.90	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	25.70	3.77		30.23	3.52	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)							
กลุ่มทดลอง	40	25.94	2.05	0.009	24.60	1.70	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	27.67	3.47		27.72	3.50	
เส้นรอบเอว (เซ็นติเมตร)							
กลุ่มทดลอง	40	79.52	9.04	0.014	78.08	8.80	0.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	84.31	7.99		84.11	8.01	
น้ำตาลในเลือดสะสม : HbA1c (mg%)							
กลุ่มทดลอง	40	6.82	0.84	<0.001	6.34	0.64	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	8.83	1.69		8.68	1.38	

2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนกับหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการดูแลรักษาแบบเดิม 3 เดือน ทำให้มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง (p-value = 0.199) และเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลรักษาแบบเดิมไป 6 เดือน ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ดัชนีมวลกาย และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง (p-value < 0.05) แต่เส้นรอบเอวไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง (p-value = 0.628) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนกับหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		
	M	SD	p-value	M	SD	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	27.08	4.95		26.00	3.21	
หลังการทดลอง 3 เดือน	32.85	4.57	<0.001	25.70	3.77	0.199
หลังการทดลอง 6 เดือน	40.13	3.90	<0.001	30.23	3.52	<0.001
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)						
ก่อนการทดลอง	27.92	2.81		27.45	3.46	
หลังการทดลอง 3 เดือน	25.94	2.05	<0.001	27.67	3.47	0.010
หลังการทดลอง 6 เดือน	24.60	1.70	<0.001	27.72	3.50	0.002
เส้นรอบเอว (เซ็นติเมตร)						
ก่อนการทดลอง	83.00	10.15		83.96	8.03	
หลังการทดลอง 3 เดือน	79.52	9.04	<0.001	84.31	7.99	0.009
หลังการทดลอง 6 เดือน	78.08	8.80	<0.001	84.11	8.01	0.628
น้ำตาลในเลือดสะสม : HbA1c (mg%)						
ก่อนการทดลอง	7.96	0.69		8.33	1.17	
หลังการทดลอง 3 เดือน	6.82	0.84	<0.001	8.83	1.69	0.009
หลังการทดลอง 6 เดือน	6.34	0.64	<0.001	8.68	1.38	0.023

3. ความสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวานจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน

จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับกลุ่มทดลอง ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลอง 3 เดือน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 42.5 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 42.5 และหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 25.0 และหลังการทดลอง 6 เดือน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 75.0 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 75.0 และหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 62.5

4. ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

พบว่า ร้อยละ 100.0 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละประเด็น พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจมาก ตั้งแต่ร้อย

ละ 95.0 ขึ้นไปในเกือบทุกประเด็น ยกเว้นในเรื่อง 1) วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2) การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 82.5 และ 47.5 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา พบว่า เกิดประสิทธิผลที่ดีคือ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง และลดลงมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการการดูแลรักษาโรคเบาหวานแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ อีกทั้งทำให้ผู้ป่วย 3 ใน 4 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดยารักษาโรคเบาหวานได้ และ 2 ใน 3 สามารถหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ อีกทั้งผู้ป่วยทั้งหมดมีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดนี้ ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามสูตรอาหารที่มีการรับรองและใช้กันอย่างแพร่หลาย ว่าสามารถทำให้ลดน้ำหนักได้ อาทิ สูตรอาหารแบบ 2:1:1 / Low Carb / High protein / Low calorie diet / Plant base / IF / Ketogenic Diet) โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้มีการออกกำลังกาย / เพิ่มกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียดให้เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ปรับปรุงระดับไขมันและความดันโลหิต และทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะสงบได้ แม้การลดน้ำหนักเพียงเล็กน้อย 5-10% ของน้ำหนักตัว[12] นอกจากนี้ ยังได้มีการติดตาม และให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อนำสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมาปรับปรุงแก้ไขให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ลดน้ำหนัก และเส้นรอบเอวได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดยา และหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ โดยลำดับ

2. ในการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ทำให้เกิดประสิทธิผลทั้งในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสม ที่ดีขึ้น และดีกว่าการดูแลรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ อีกทั้งสามารภทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดยา และหยุดยารักษาเบาหวานได้ เพราะโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเป็นโปรแกรมที่มีความชัดเจนในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีสูตรอาหารที่ชัดเจนในการแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัว มีเป้าหมาย คือ การลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดยา และหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ โดยลำดับ อีกทั้งมีการติดตาม ให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องให้ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพและเสริมพลังให้กับผู้ป่วย[14] นอกจากนี้ยังมีการเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยผู้ป่วยเองเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าหากตัวเองมีพฤติกรรมแบบไหน ถึงจะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งรูปแบบเดิมที่ปฏิบัติ จะเป็นลักษณะการให้ความรู้ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้เหมาะสม แต่ไม่มีระบบติดตาม จะมีก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์เท่านั้น จึงทำให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เกิดประสิทธิผลที่ดีกว่าการดูแลรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยสามารถลดยา และหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ ซึ่งการดูแลรักษาแบบเดิมไม่มี ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย[15] ที่พบว่า หลังการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมอย่างเข้มงวด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง หลังการศึกษา 3 เดือน และ 6 เดือน และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ส่วนอธิบ ลีธีระประเสริฐ[16] พบว่า หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ลดลง สามารถลดยารักษาโรคเบาหวานได้ และผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบ (หยุดยาได้) จงกล สุกิจจารักษ์[17] พบว่า น้ำหนักร่างกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดนั้นลดลงอย่างชัดเจน ทำให้สามารถลดและหยุดใช้ยารักษาเบาหวานได้ ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ และคณะ[18] ; เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น และคณะ[19] พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกายลดลง นฤมล สุทธินุ่น[20] พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดทำให้ระดับน้ำตาลสะสมลดลง

3. ในการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก เพราะได้จัดให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ คำแนะนำ และรายงานผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามผ่าน Application line เสริมพลังแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลการรักษา ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจนผู้ป่วยลดยา และหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก ผลการศึกษาในเรื่องความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ใกล้เคียงกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย[15] และณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ และคณะ[18] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในระดับมากถึงร้อยละ 93.0 และ 91.6 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ควรกำหนดเป็นนโยบายให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคระยะสงบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ทางโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ควรรายงานผลสำเร็จในการดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมอุปกรณ์ ด้วยตนเองให้ผู้ป่วยไปตรวจน้ำตาลที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ในการดำเนินการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดไปใช้ ควรมีการอบรมทีมสหวิชาชีพ กำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดี และลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินการ

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในการดำเนินการควรพิจารณาให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในเรื่องการเลือกใช้สูตรอาหารที่เหมาะสม ตามสภาพของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้พลังงานจากอาหารในการทำงาน

3. การเยี่ยมติดตาม และเสริมพลังให้กับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงระยะแรกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และในกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ด้วยคำแนะนำที่เป็นไปได้อย่างเหมาะสมต่อผู้ป่วย พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ในการดำเนินการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งถ้าควบคุมได้ไม่ดี หรือมีแนวโน้มที่ไม่ดีขึ้น จะต้องพูดคุยหาสาเหตุหรือทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุและให้การดูแลเป็นกรณีพิเศษ พร้อมปรึกษาทีมงาน

หรือญาติ หาวิธีการส่งเสริมให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อไป

5. ในการปรับลดยา หรือหยุดยา ควรต้องพิจารณาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และน้ำตาลในเลือดสะสม ภายใต้การพิจารณาของแพทย์ ซึ่งบางรายอาจต้องใช้เวลานาน และค่อยเป็นค่อยไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health literacy. (2017). The solid facts. European journal of Public. 24:1880-87.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2021. [internet]. 2021 [Retrieved Feb 1, 2024]. Available from https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/
3. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวาน โลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 4 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url= pr/detail/2/02/181256
4. กรมควบคุมโรค. (2565). กรมควบคุมโรคเผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยง.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด.
6. พวงเงิน พานทอง. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 8(16):86-96.
7. สุปรียา เสียงดัง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 4(1):191-204.
8. ราตรี ทองคำ. (2565). ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 30(3):86-99.
9. American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes care. 30:S4-40.
10. เจาะลึกระบบสุขภาพ. สมาคมโรคเบาหวานอบรม “ทางเลือกใหม่รักษาเบาหวานชนิด 2” เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/ print/18016
11. โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา. (2567). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา.
12. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตรครอบครัวแห่งประเทศไทย.
13. Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl¬baum Associate.
14. World Health Assembly. (2016). Strengthening integrated, people-centred health services. WHA. 69(24):90-95.
15. พิชิต สุขสบาย. (2567). ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 38(1):1–15.
16. อธิบ ลีธีระประเสริฐ. (2568). ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่ระยะสงบของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 19(1):203–215.

17. จงกล สุกิจจารักษ์. (2567). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะบ้าย้อย. เอกสารเผยแพร่งานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ประจำปีงบประมาณ 2567.
18. ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์, ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ, เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น, พนัดดา นักดนตรี. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 9(1):298-307.
19. เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น, พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์, ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ, ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(6):540–550.
20. นฤมล สุทธินุ่น. ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://srth.moph.go.th/research/file

ผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก อายุแรกเกิด - 5 ปีที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า

The effects of a developmental stimulation program on children from birth to 5 years at risk of developmental delay.

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

อุไรวรรณ สามพันพ่วง[1]
Uraiwan Sampunpuang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด–5 ปีที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึงมิถุนายน 2569 กลุ่มตัวอย่างคือเด็กอายุแรกเกิด–5 ปี และผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มารับบริการ ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลาเต่า ตำบลห้วยพระ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จำนวน 90 คน และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการซึ่งประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.25 อายุ 1–2 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.50 ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองมีระดับความรู้ดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.50 เป็นร้อยละ 55.00 และคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 3.09 ± 0.60 เป็น 4.21 ± 0.47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ด้านพัฒนาการเด็ก พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเด็กทั้งหมดมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 100 หลังได้รับโปรแกรม 30 วัน เด็กมีพัฒนาการกลับมาสมวัยร้อยละ 47.50

คำสำคัญ: โปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, พัฒนาการล่าช้า, ผู้ปกครอง

Abstract

This action research aimed to examine the effects of a developmental stimulation program for children aged birth to 5 years who were at risk of developmental delay. The study was conducted from March 2025 to June 2026. The participants were children aged birth to 5 years and their caregivers who attended the Well Child Clinic at Ban Lao Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Huai Phra Subdistrict, Don Tum District Public Health Office, Nakhon Pathom Province. At first, 90 participants were recruited; however, complete data were available for final analysis from 80 participants. The research instruments consisted of a child demographic record form, a caregiver demographic record form, a knowledge test on developmental promotion, and A Thai Early Developmental Assessment for Intervention. The assessment covered five developmental domains: gross motor, fine motor and cognitive development, receptive language, expressive language, and personal-social development. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Pre- and post-program scores were compared using the independent t-test to determine the effectiveness of the intervention.

The findings revealed that most children were male (56.25%), and the largest age group was 1–2 years (37.50%). Most caregivers were female (72.50%). After participating in the program, the proportion of caregivers with a very good level of knowledge increased from 12.50% to 55.00%. The mean knowledge

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลาเต่า ตำบลห้วยพระ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม

score increased from 3.09 ± 0.60 before the program to 4.21 ± 0.47 after the program, with a statistically significant difference (p = 0.001). Regarding child development, all children were suspected of having developmental delay before participating in the program (100%). After 30 days of program implementation, 47.50% of the children showed age-appropriate development.

Keywords: developmental stimulation program, early childhood, developmental delay, TEDA4I, caregivers,

บทนำ

การเจริญเติบโต และพัฒนาการของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมาจากวุฒิภาวะการเจริญเติบโตของสมอง และอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้ และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเสียงดูของครอบครัว พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมอง และระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดา และในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด จากสถิติติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ[15] เกี่ยวข้องมาถึงเด็กที่มีระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient : IQ) ดี และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) ดีก็จะสามารถปรับตัวได้ดี รับมือกับปัญหาได้ และประสบความสำเร็จในชีวิตมากขึ้นกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง พบว่าเด็กพัฒนาการล่าช้าหลังเข้าร่วมโปรแกรม TEDA4I ภายในระยะเวลา 3 เดือน เด็กจะมีพัฒนาการกลับมาสมวัย ร้อยละ 28.33[1]

จากการสำรวจระดับสติปัญญาของนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2564 โดยใช้เครื่องมือ Standard Progressive Matrices (SPM) พบว่า ค่าเฉลี่ย IQ อยู่ที่ 102.8 ซึ่งสูงกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากลในปัจจุบัน (IQ = 100) และเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย IQ ในปี พ.ศ. 2559 ที่อยู่ที่ 98.2 อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า ร้อยละ 21.7 ของนักเรียนมี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่ไม่ควรเกินร้อยละ 25 และร้อยละ 4.2 มี IQ อยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < 70) ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลที่ไม่ควรเกินร้อยละ 2 นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ 10.4 ของนักเรียนมี IQ สูงกว่า 130 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางสติปัญญาระหว่างกลุ่มนักเรียนที่มี IQ สูงและต่ำ ซึ่งอาจขยายกว้างขึ้นหากไม่มีการดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มที่มีปัญหาอย่างทันท่วงที[2,8]

จากข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งรวมถึงจังหวัดนครปฐม พบว่าในปีงบประมาณ 2562 การคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ แรกเกิด-5 ปี มีความครอบคลุมร้อยละ 92.4 โดยร้อยละ 21.8 ของเด็กถูกสงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า และในจำนวนนี้ ร้อยละ 92.3 ได้รับการติดตามหรือส่งต่อเพื่อรับการดูแลเพิ่มเติม โดยสถานการณ์ในอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม จากข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูมระบุว่า ในปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในอำเภอดอนตูมได้จัดทำแผนงานหรือโครงการที่ครอบคลุมตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขของอำเภอและจังหวัดนครปฐม คิดเป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 80 ของบุคลากรใน รพ.สต. ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนงานดังกล่าว เพื่อช่วยเหลือเด็กที่ถูกสงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ส่งพบแพทย์ ส่งกระตุ้นพัฒนาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่เด็กเหล่านี้ให้ดีขึ้น โดยจากสถานการณ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลาเต่า ตำบลห้วยพระ อำเภอดอนตูม แม้จะไม่มีข้อมูลเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ แรกเกิด-5 ปี ใน รพ.สต. บ้าน

เลาเต่า แต่พบว่าในพื้นที่ตำบลห้วยพระมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเลาเต่าที่ดำเนินงานภายใต้อบต.ห้วยพระ ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กในชุมชน นอกจากนี้ รพ.สต. บ้านเลาเต่าได้เข้าร่วมการประเมินงานตามตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม ซึ่งแสดงถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ดังนั้นจังหวัดนครปฐมมีความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ แรกเกิด-5 ปีในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ยังพบเด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 30 ราย คิดเป็น 25.6% ของจำนวนเด็กอายุ แรกเกิด-5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิก Well Baby ของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว รพ.สต. บ้านเลาเต่า ตำบลห้วยพระ การติดตามและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในพื้นที่ตำบลห้วยพระ โดยเฉพาะใน รพ.สต. บ้านเลาเต่า ควรได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา[3,4,10]

ครอบครัวคือสิ่งแวดล้อมแรก และสำคัญที่สุดในการหล่อหลอมพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็ก หากพ่อแม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้อย่างเหมาะสม เด็กก็จะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า การขาดการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าอย่างไรก็ตาม แนวโน้มการเลี้ยงดูเด็กในปัจจุบันกำลังเปลี่ยนแปลงไป แม้ว่าเด็กวัย 1-3 ปี ส่วนใหญ่ยังอยู่ในความดูแลของแม่ แต่ในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ พบว่าเด็กจำนวนมากถูกฝากเลี้ยงในเวลากลางวัน เนื่องจากพ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้าน ขณะที่เด็กวัย 3-5 ปี กว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.3) ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน[5] โดยหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก คือ กิจกรรมที่พ่อแม่ทำร่วมกับลูก งานวิจัยพบว่า การอ่านหนังสือให้ลูกฟังช่วยเพิ่มคะแนนสติปัญญาได้มากกว่า 6 จุด ในทางกลับกัน การปล่อยให้เด็กใช้เวลากับโทรทัศน์ เกม และอินเทอร์เน็ตโดยขาดการควบคุม อาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ การนอน และพฤติกรรมการกินของเด็กจากคำแนะนำว่าเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีไม่ควรดูโทรทัศน์ หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และข้อมูลในประเทศไทยยังพบว่าเด็กที่มีปัญหาพูดช้าเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยหนึ่งมาจากการที่เด็กใช้เวลากับหน้าจอมากเกินไปโดยขาดการโต้ตอบกับพ่อแม่และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ดังนั้นการเลี้ยงดูที่เหมาะสมคือกุญแจสำคัญในการสร้างอนาคตของเด็ก การใช้เวลาคุณภาพกับลูก ไม่ว่าจะเป็น การอ่านหนังสือเล่น พูดคุย และทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการทั้งทางสติปัญญาและอารมณ์ ในโลกที่เต็มไปด้วยเทคโนโลยี การสร้างสมดุลระหว่างสื่อดิจิทัลกับปฏิสัมพันธ์ในชีวิตจริง จึงเป็นสิ่งที่พ่อแม่ควรให้ความสำคัญเพื่อให้ลูกเติบโตอย่างสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจ[6,7]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลาเต่า ตำบลห้วยพระ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการสำหรับเด็กอายุ แรกเกิด-5 ปี ที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมตามช่วงวัย และมีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการต่อเด็กอายุ แรกเกิด-5 ปี ที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่ตำบลห้วยพระ โดยมุ่งหวังว่าโปรแกรมดังกล่าวจะสามารถปรับใช้และขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดนครปฐม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของเด็กกลุ่มนี้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการต่อเด็กอายุ แรกเกิด - 5 ปี ที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า

วิธีการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเตรียมการ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะประเมินผล ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์ปัญหาด้านพัฒนาการเด็ก ผ่าน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ ครูศูนย์เด็กเล็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแนวทางพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart[11] ประกอบด้วย 8 กิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสำรวจสถานการณ์ปัญหา โดยใช้การรับฟังปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับเจ้าหน้าที่

กิจกรรมที่ 2 การประชุมบุคลากรในรพสต. เพื่อร่วมกันจัดทำโปรแกรมการทำงานที่สามารถปฏิบัติงานโดยมีทิศทาง และเป้าหมายเดียวกัน และมีการทำงานที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Act) มี 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ครูศูนย์เด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลาเต่า เพื่อพัฒนาและบูรณาการระบบการดูแลเด็กอายุ แรกเกิด-5 ปีที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ภายใต้บริบทของ รพสต. โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่าน โปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ และสร้างระบบการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 5 นิเทศงาน และให้คำแนะนำแก่บุคลากรในรพ.สต. เกี่ยวกับการนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

กิจกรรมที่ 6 ติดตามและกระตุ้นพัฒนาการเด็กในชุมชนภายหลังการใช้โปรแกรม โดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 7 เฝ้าระวังและบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านและทะเบียนการติดตามเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 8 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ โดยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมสะท้อนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดำเนินโครงการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้นในอนาคต

3. ระยะที่ 3 ประเมินผล และสรุปผลก่อนและหลังนำโปรแกรมไปปฏิบัติ โดยศึกษาผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้โปรแกรมได้แก่ ค่าคะแนนการรับรู้ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ แรกเกิด - 5 ปี ผลการติดตามพัฒนาการของเด็กอายุ แรกเกิด - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และการเปลี่ยนแปลงด้านของพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษา สังคม และการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น ที่มีแนวโน้มสมวัยมากขึ้นภายหลังการกระตุ้นพัฒนาการ จากนั้นนำเสนอผลการวิจัยต่อบุคลากรใน รพ.สต. เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมออกแบบแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการที่เหมาะสมในระดับหน่วยบริการ ส่งผลต่อการพัฒนาแนวทางในระดับอำเภอและจังหวัดต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เด็กอายุ แรกเกิด–5 ปี และผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่มารับบริการที่ คลินิก Well Baby กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลาเต่า ตำบลห้วยพระ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2568 – เมษายน 2569

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กในคลินิก Well Baby และผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 90 คน มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) เป็นเด็กในคลินิก Well Baby และผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กทั้งเพศชาย และหญิง ที่มารับบริการรอตรวจที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลาเต่า ตำบลห้วยพระ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม 2) เด็กชาย เด็กหญิงมีอายุ แรกเกิด-5 ปี และผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 20-60 ปี 3) รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้เป็นอย่างดี 4) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูล อ่าน เขียน ฟัง ได้ยิน และเข้าใจ ภาษาไทยได้ดี 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 6) มีภูมิลำเนาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลาเต่า ตำบลห้วยพระ เกณฑ์คัดออกคือ 1) ย้ายที่ทำงาน หรือลาออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์เมื่อคลอด ประวัติโรคประจำตัวของเด็ก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการนอน การได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับเด็ก รายได้ต่อเดือน ประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า จำนวนของบุตรหลานทั้งหมด อายุของบุตรหลานทั้งหมด ความกังวลใจต่อการดูแลบุตรหลาน และการได้รับข้อมูล หรือความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

3. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยเป็นคำถามลักษณะเลือกตอบ ถูก หรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน วิธีการแปลผลมาจากคะแนนรวมที่ได้จากการตอบคำถามทั้ง 12 ข้อ จะถูกจัดระดับความรู้ความเข้าใจเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 9 – 12 หมายถึง มีความรู้ และ/หรือมีความเข้าใจอยู่ในระดับมาก

คะแนน 5 – 8 หมายถึง มีความรู้ และ/หรือมีความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0 – 4 หมายถึง มีความรู้ และ/หรือมีความเข้าใจอยู่ในระดับน้อย

4. แบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบ่งการประเมินเป็น 5 ด้านคือ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ด้านการใช้ภาษา (EL) และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS) โดยใช้ประเมินพัฒนาการเด็ก 3 ครั้ง และประเมินผลตามรายด้านทั้ง 5 ด้าน ตามด้านที่เด็กมีความผิดปกติในด้านนั้นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการเป็นสำคัญ

สถิติวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด – 5 ปีที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ซึ่งสามารถสรุป อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูล และมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของเด็กกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 56.25 และเพศหญิงร้อยละ 43.75 โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 1–2 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคืออายุ 2–3 ปี ร้อยละ 25.00 และช่วงอายุอื่น ๆ ได้แก่ 3–4 ปี 4–5 ปี และน้อยกว่า 1 ปี ตามลำดับ ในด้านน้ำหนักแรกเกิดพบว่าเด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 3,001–3,500 กรัม ร้อยละ 43.75 รองลงมาคือช่วง 2,501–3,000 กรัม ร้อยละ 31.25 โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักแรกเกิด 3,120.45 กรัม ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงปกติของการเจริญเติบโตของทารก เมื่อพิจารณาอายุครรภ์เมื่อคลอด พบว่าส่วนใหญ่คลอดในช่วงอายุครรภ์ 37–40 สัปดาห์ ร้อยละ 75.00 แสดงให้เห็นว่าเด็กส่วนใหญ่เกิดในระยะครบกำหนด นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.50 โดยโรคที่พบในส่วนน้อย ได้แก่ ภูมิแพ้และหอบหืด สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่าเด็กส่วนใหญ่ได้รับทั้งนมแม่และนมผสมร่วมกัน ร้อยละ 43.75 รองลงมาคือได้รับนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 37.50 ส่วนการนอนหลับพบว่าเด็กส่วนใหญ่มีชั่วโมงการนอนเฉลี่ยประมาณ 10.85 ชั่วโมงต่อวัน และเด็กส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ร้อยละ 85.00 จากผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเด็กส่วนใหญ่มีปัจจัยพื้นฐานด้านสุขภาพที่ค่อนข้างเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทั้งด้านโภชนาการ การพักผ่อน และการได้รับวัคซีน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของเด็กในช่วงปฐมวัย

2. จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กจำนวน 80 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทหลักในการดูแลเด็กยังคงเป็นหน้าที่ของมารดาเป็นสำคัญ โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 26–35 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ 36–45 ปี ร้อยละ 30.00 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่มีความพร้อมในการดูแลบุตรหลาน ด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 25.00 ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในด้านอาชีพพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.00 รองลงมาคือค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 25.00 โดยมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยประมาณ 8.75 ชั่วโมงต่อวัน ด้านรายได้พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.00 ซึ่งสะท้อนถึงระดับเศรษฐกิจของครอบครัวในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 52.50 รองลงมาคือบิดาและญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว ในด้านความกังวลเกี่ยวกับการดูแลเด็กพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตรหลาน ร้อยละ 65.00 ขณะที่ผู้ปกครองร้อยละ 68.75 มีความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็กอยู่แล้วในระดับหนึ่ง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และยังมีความต้องการข้อมูลหรือแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มเติม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

3. ผลการศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อน

และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.00 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 22.50 และระดับดี ร้อยละ 20.00 ขณะที่ระดับดีมากพบเพียงร้อยละ 12.50 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปกครองยังมีข้อจำกัดในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก อย่างไรก็ตาม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าระดับความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยผู้ปกครองที่มีความรู้ระดับดีมากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.00 และระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.00 ขณะที่ระดับปานกลางและระดับน้อยลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.09 ± 0.60 เป็น 4.21 ± 0.47 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ความเข้าใจ และทักษะของผู้ปกครองในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของความรู้ดังกล่าวอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กและการกระตุ้นพัฒนาการในชีวิตประจำวันของครอบครัว

4. จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กจำนวน 80 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทหลักในการดูแลเด็กยังคงเป็นหน้าที่ของมารดาเป็นสำคัญ โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 26–35 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ 36–45 ปี ร้อยละ 30.00 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่มีความพร้อมในการดูแลบุตรหลาน ด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 25.00 ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในด้านอาชีพพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.00 รองลงมาคือค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 25.00 โดยมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยประมาณ 8.75 ชั่วโมงต่อวัน ด้านรายได้พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.00 ซึ่งสะท้อนถึงระดับเศรษฐกิจของครอบครัวในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 52.50 รองลงมาคือบิดาและญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว ในด้านความกังวลเกี่ยวกับการดูแลเด็กพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตรหลาน ร้อยละ 65.00 ขณะที่ผู้ปกครองร้อยละ 68.75 มีความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็กอยู่แล้วในระดับหนึ่ง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และยังมีความต้องการข้อมูลหรือแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มเติม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ทา พิลุน และวิศฐดา ตีเมืองซ้าย ซึ่งศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 0–5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการดำเนินโปรแกรม เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามและกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน ร้อยละ 100 และมีเด็กที่พัฒนาการกลับมาสมวัยร้อยละ 40.90 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ามีเด็กกลับมาสมวัยร้อยละ 47.50 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กในระดับปฐมภูมิสามารถช่วยลดความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้จริง นอกจากนี้ทั้งสองการศึกษายังพบว่าผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสะท้อนให้

เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กในชีวิตประจำวัน[9]

ในด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็ก การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention (TEDA4I) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำหรับใช้ในการคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็กในสถานบริการสาธารณสุข โดยเครื่องมือนี้ครอบคลุมการประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเอง และด้านสังคม จากการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวพบว่ามีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) เท่ากับ 0.84 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.97 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ทำให้สามารถนำไปใช้ประเมินพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เครื่องมือมาตรฐานดังกล่าวช่วยให้การติดตามพัฒนาการเด็กในงานวิจัยครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือ และสามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กได้อย่างชัดเจน[11]

ในระดับนานาชาติ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cuartas และคณะ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกระตุ้นพัฒนาการจากครอบครัวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศกำลังพัฒนา 5 ประเทศ โดยพบว่าการที่ผู้ปกครองมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ การเล่น การร้องเพลง หรือการเล่านิทาน มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กในหลายด้าน ทั้งด้านภาษา สติปัญญา สังคมและอารมณ์ รวมถึงทักษะการคิดเชิงบริหาร ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในช่วงปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าเมื่อผู้ปกครองได้รับความรู้และมีส่วนร่วมในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก พัฒนาการของเด็กก็มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน[13]

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Almalki และคณะ ซึ่งได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการศึกษาปฐมวัยต่อพัฒนาการเด็ก โดยพบว่าโปรแกรมการศึกษาปฐมวัยมีผลเชิงบวกต่อพัฒนาการเด็กหลายด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านภาษา ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยพัฒนาศักยภาพของเด็กได้ในระยะยาว แม้ว่าผลการศึกษาดังกล่าวจะไม่พบความแตกต่างในด้านดัชนีมวลกายของเด็ก แต่ก็สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของโปรแกรมการศึกษาปฐมวัยต่อพัฒนาการด้านอื่น ๆ ของเด็กอย่างชัดเจน[12]
จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบทบาทของผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก รวมถึงการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการที่มีมาตรฐานจะช่วยให้สามารถค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าได้เร็วขึ้น และสามารถให้การช่วยเหลือหรือกระตุ้นพัฒนาการได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและสามารถเติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายการใช้โปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้เด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าได้รับการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

2. ควรส่งเสริมบทบาทของผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยจัด

กิจกรรมให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในชีวิตประจำวัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดในระยะยาว เพื่อประเมินผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการต่อพัฒนาการเด็กในระยะยาว รวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2558). คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ: กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
2. กรมอนามัย. (2564). เอกสารรายงานผลโครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัวไทยครั้งที่ 7 พ.ศ. 2564. นนทบุรี.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564). แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. จาก https://nich.anamai.moph.go.th/webupload/9x45fd5e87a10707bad447547633b2d76d/tinymce/2564/Child_Standard/std_64_17.pdf
4. กิตติ กรรภิรมย์. (2560). การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.วารสารแพทย์เขต;36(4):305-316.
5. ศูนย์ความรู้นโยบาลเด็กและครอบครัว. (2565). ผลสำรวจความเห็นและทัศนคติของเด็กและเยาวชน. พฤษภาคม 2565.
6. ชนิตพล บุญยะวัตร. (2563). เล่นอย่างไรให้เหมาะกับวัย. จาก https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/occupational/เล่นอย่างไรให้เหมาะกับวัย
7. ชรินทร์พร มะชะรา และคณะ. (2564). ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 9.;15(38):574-587.
8. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง และคณะ. (2561). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ;41(1):95-104.
9. สุนันท์ทา พิลุน และวิศฐดา ตีเมืองซ้าย. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 0–5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19(3), 207–218.
10. ฮาลาวาตี สนิทวี. (2563). รูปแบบการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็ก อำเภอหนองจิกจังหวัดปัตตานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ;2(1):41-51.
11. อรุณศรี กัณวเศรษฐ และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย. วชิรสารการพยาบาล;20(1):40-53.
12. Almalki, A., et al. (2024). Influence of early childhood education programmes on child development: A systematic review and meta-analysis. Children, 11.
13. Cuartas, J., et al. (2023). Family play, reading, and other stimulation and early childhood development in developing countries. Developmental Science, 26(3).
14. Kemmis, S., Mc Taggart, R. (2008). The Action Research Planner (5th ed.). Geelong. Australia: Deakin University.
15. World Health Organization. (2023). EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT AND DISABILITY: A DISCUSSION PAPER. WHO.

ผลของโปรแกรมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

The effects of a nutrition program on knowledge and behavior after balloon angioplasty at Banpong Hospital, Ratchaburi Province

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

วัชราพร ธีระธรรมประชา[1]
Watcharaporn Theerathempracha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t - test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 68.57 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.14 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 18.43 ± 2.51 คะแนน เป็น 23.66 ± 1.08 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 77.14 และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.86 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจาก 26.17 ± 2.64 คะแนน เป็น 31.83 ± 2.41 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมโภชนาการ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ, ความรู้ด้านโภชนาการ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This quasi experimental research aimed to investigate the effects of a nutritional program on knowledge and dietary behavior among patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. The sample consisted of 35 patients who had undergone coronary artery dilation. Participants were selected using simple random sampling. The research instruments included a demographic data questionnaire, a nutritional knowledge questionnaire for patients with coronary artery disease, and an interview form regarding dietary behavior for prevention of recurrent coronary artery stenosis. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results revealed that after participating in the nutritional program, patients demonstrated improved knowledge regarding appropriate nutrition for coronary artery disease. Before participation, most patients had a high level of knowledge (68.57%), which increased to 97.14% after the program. The mean knowledge score significantly increased from 18.43 ± 2.51 to 23.66 ± 1.08 (p = 0.001). Regarding dietary behavior, before participation, most patients demonstrated moderate dietary behavior (77.14%), whereas after participation, most patients improved to a good level of dietary behavior (82.86%). The mean dietary behavior score significantly increased from 26.17 ± 2.64 to 31.83 ± 2.41 (p = 0.001).

[1] กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง

Keywords: Nutritional program, Patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention, Nutritional knowledge, Dietary behavior, health promotion

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจยังคงเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก แม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้ามากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาด้วย การขยายหลอดเลือดหัวใจ เช่น การใส่ขดลวด(stent) หรือการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA) ซึ่งช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การรักษาดังกล่าวไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ หากผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันซ้ำ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงในอนาคต หนึ่งในปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจนั่นคือโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันซ้ำ การศึกษาพบว่าการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมสามารถช่วยลดระดับไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต และช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมหลังการรักษา ทำให้มีโอกาสกลับมาเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรค[1,11,12]

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้เสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 58,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยประมาณ 7 คนต่อชั่วโมง โดยแนวโน้มของโรคนี้พบมากขึ้นในกลุ่มเพศชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกช่วงวัย นอกจากนี้จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนทั้งหมด 17, 66 และ 53 รายตามลำดับ[1,5,6]

แม้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจะมีโอกาสมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านโภชนาการ ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ยังคงบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง คอเลสเตอรอลสูง และมีปริมาณโซเดียมมากเกินไป ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและอุดตัน ดังนั้น การให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการใช้โปรแกรมโภชนาการที่ได้รับการออกแบบอย่างเป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมหลังการรักษา[3,8]

จากการศึกษาหลายฉบับพบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงและช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงประสบปัญหาด้านการควบคุมอาหาร โดยพบว่าร้อยละ 60.70 – 64.00 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะโภชนาการเกิน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงทางโภชนาการ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคซ้ำ อีกทั้งยังช่วยลดความ

รุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น[2,7,9]

สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่ผ่านมา การให้คำแนะนำด้านโภชนาการมักอยู่ในรูปแบบของคำแนะนำทั่วไป ขาดแนวทางที่เป็นรูปธรรม และมีขั้นตอนชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือด เพื่อพัฒนาบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะนักโภชนาการ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือด
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือด
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

วิธีการวิจัย

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างการวิจัยและเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอรับการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จากนั้นจึงนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง
เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในสถานพยาบาลดังกล่าว

2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติใช้ข้อมูลผู้รับบริการจากคลินิกโรคหัวใจ คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และได้รับการรักษาด้วยหัตถการ ได้แก่ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือการใส่ขดลวดในหลอดเลือด (Stent) ซึ่งเข้ารับบริการติดตามการรักษา ณ คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงานเครื่องมือวิจัย
และการรักษาความลับของข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเน้นย้ำว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ
ไม่มีการระบุชื่อ หรือข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ในการรายงานผลการวิจัย และการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธเข้าร่วมจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาแต่อย่างใด

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการตีบซ้ำ
ของหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อ

5. ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมโภชนาการเพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม

ดังนี้ โดยกิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาห่างจากแต่ละกิจกรรม 1 สัปดาห์ โปรแกรมสมบูรณ์เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์

5.1การให้ความรู้ด้านโภชนาการ โดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง, การลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล และการเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อระบบหลอดเลือด เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช

5.2การประเมินภาวะโภชนาการ โดยประเมินความสมดุลของอาหารที่บริโภคโดยพิจารณาจากคุณภาพและปริมาณ, ประเมินการบริโภคโซเดียม ไขมัน และปริมาณผักผลไม้ที่บริโภคในแต่ละวันและวิเคราะห์ภาวะโภชนาการโดยรวมของผู้ป่วย

5.3การวางแผนโภชนบำบัด โดยจัดทำแนวทางการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การส่งเสริมการบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ การบริโภคผักและผลไม้วันละ 4–5 ส่วน และการบริโภคธัญพืชอย่างน้อยวันละ 25 กรัม

5.4การดำเนินโภชนบำบัด โดยให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้แบบบันทึกอาหาร (Food Record) ประกอบกับการใช้สื่อการเรียนรู้ เช่น คู่มือโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อให้สามารถประเมินความสม่ำเสมอและความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้อย่างเป็นระบบ

5.5การติดตามและประเมินผล โดยผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในด้านความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่เหมาะสม และจัดทำรายงานผลการวิจัยในรูปแบบเชิงวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างยั่งยืน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ที่มารับบริการที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่เดือน มกราคม 2568 - ธันวาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด จำนวน 35 คน มีคุณสมบัติในการคัดเข้าคือ บริการที่คลินิกเวชศาสตร์ ฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 2) มีความสามารถในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้อย่างชัดเจน 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน ฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีและให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ และมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) มีความประสงค์ที่จะถอนตัว หรือไม่เข้าร่วมโครงการ 2) มีข้อจำกัดทางสุขภาพ หรือความสามารถที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยทางจิตที่ส่งผลต่อการรับรู้ และการปฏิบัติ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบถ้วนตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก การรับประทานยา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย จำนวน 11 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อ โดยเป็นคำถามลักษณะเลือกตอบ ถูก ผิด หรือไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ถ้าตอบถูกจะได้ 2 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน ถ้าตอบไม่ทราบจะได้ 1 คะแนน วิธีการแปลผลจากคะแนนรวมที่ได้จากการตอบคำถามทั้ง 12 ข้อ จะถูกจัดระดับความรู้ความเข้าใจเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 18 – 24 หมายถึง มีความรู้ และ/หรือมีความเข้าใจอยู่ในระดับมาก

คะแนน 10 – 17 หมายถึง มีความรู้ และ/หรือมีความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0 – 9 หมายถึง มีความรู้ และ/หรือมีความเข้าใจอยู่ในระดับน้อย

3. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการตีบของหลอดเลือดหัวใจหลังทำหัตถการหัวใจ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 3 ระดับ โดยใช้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ครอบคลุมพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ การหลีกเลี่ยงอาหารทอด อาหารหวาน อาหารเค็ม การรับประทานผักและผลไม้ รวมถึงการควบคุมปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความถี่ของการปฏิบัติ ประกอบด้วย ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติ โดยลักษณะข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ ดังนี้

3.1 ข้อคำถามเชิงบวก หมายถึง ข้อคำถามที่สะท้อนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและส่งผลดีต่อสุขภาพหัวใจ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติประจำ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน

3.2 ข้อคำถามเชิงลบ หมายถึง ข้อคำถามที่สะท้อนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบย้อนกลับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ 3 คะแนน

แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 36 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน โดยผู้วิจัยแบ่งระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการตีบของหลอดเลือดหัวใจออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 28 – 36 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี

คะแนน 20 – 27 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 12 – 19 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับควรปรับปรุง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากคำตอบเชิงเปิด หรือข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมโภชนาการ โดยการสังเคราะห์ และตีความเพื่อสรุปประเด็นสำคัญด้านความเข้าใจ พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงในการบริโภคอาหาร และทัศนคติที่เกี่ยวข้อง

สถิติวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อสรุปลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประสบการณ์ในการรักษาด้วยหัตถการหัวใจ โดยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ใช้การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วย สถิติ Paired t-test เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร วิเคราะห์คะแนนจากแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ สถิติ Paired t-test เช่นเดียวกัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งสามารถ สรุป อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูล และมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษาผลของโปรแกรมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.29 และเพศชาย ร้อยละ 45.71 โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 71.43 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามวัย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.29 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.57 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เกษียณอายุหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ส่งผลให้รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีรายได้เฉลี่ย 9,842.57 ± 9,754.95 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นภรรยา/สามี และบุตร ร้อยละ 40.00 เท่ากัน สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการรักษา โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ การควบคุมอาหาร และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 88.57 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 71.43 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 62.86 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีผู้ป่วยบางส่วนที่ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 28.57 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

2. ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโภชนาการ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ และ/หรือมีความเข้าใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.57 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 31.43 แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพอยู่แล้วจากการได้รับการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนขาดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพหัวใจ โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมไขมัน น้ำตาล โซเดียม และการหลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ อย่างไรก็ตาม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.14 และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 2.86 ที่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ไม่พบผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับน้อย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมโภชนาการสามารถช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับการลดอาหารทอด อาหารไขมันสูง อาหารแปรรูป อาหารรสเค็มจัด และการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพหัวใจ โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 18.43 ± 2.51 คะแนน และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 23.66 ± 1.08 คะแนน จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) สะท้อนให้

เห็นว่าโปรแกรมโภชนาการสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างชัดเจน ทั้งยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงความรู้ด้านอาหารเข้ากับการดูแลสุขภาพของตนเองได้จริงในชีวิตประจำวัน

3. ในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการตีบของหลอดเลือดหัวใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 77.14 และระดับดี ร้อยละ 22.86 แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความพยายามในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ยังคงพบพฤติกรรมเสี่ยงบางประการ ได้แก่ การบริโภคอาหารทอด อาหารไขมันสูง อาหารรสเค็ม และการควบคุมปริมาณอาหารที่ยังไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบเดิมต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตาม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมโภชนาการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.86 และระดับพอใช้ลดลงเหลือร้อยละ 17.14 โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในระดับควรปรับปรุง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมโภชนาการสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารได้จริง ทั้งในด้านการลดอาหารทอด อาหารไขมันสูง อาหารรสเค็ม การหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป และการเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพหัวใจ โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 26.17 ± 2.64 คะแนน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 31.83 ± 2.41 คะแนน จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมโภชนาการมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตจริง เกิดความตระหนักรู้ในการเลือกบริโภคอาหาร และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมโภชนาการสามารถส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 18.43 ± 2.51 คะแนน เป็น 23.66 ± 1.08 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจาก 26.17 ± 2.64 คะแนน เป็น 31.83 ± 2.41 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้ด้านโภชนาการที่มีรูปแบบเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และนำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้จริง

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Gillen et al. ในประเทศแคนาดา ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อโสตทัศน์สามารถเพิ่มการจดจำและการนำไปปฏิบัติในระยะยาวได้ดีกว่าการให้ความรู้ด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความยึดมั่นต่อรูปแบบการบริโภคอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนมากขึ้น มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมร้อยละ 71 มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้ที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยมีความ

ตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และเริ่มมีทัศนคติเชิงบวกต่อการควบคุมอาหารมากขึ้น โดยเฉพาะการลดอาหารทอด อาหารไขมันสูง อาหารรสเค็ม และอาหารแปรรูป รวมถึงการเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพหัวใจ[10]

การที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม อาจอธิบายได้จากแนวคิดการเรียนรู้เชิงพฤติกรรมและการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้รับเพียงข้อมูลความรู้เท่านั้น แต่ยังได้รับการกระตุ้นให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบของพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อการเกิดโรคซ้ำอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมโรคและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวถือเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะยาว เพราะแม้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจจะช่วยแก้ไขภาวะตีบตันได้ในระยะสั้น แต่หากผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงเดิม ก็อาจเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้อีกในอนาคต

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sritara et al. ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในบริบทประเทศไทย และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะเรื่องไขมันอิ่มตัวและโซเดียม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาครั้งนี้พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังมีความรู้ในระดับปานกลาง และยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางโภชนาการเข้ากับการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบเดิมต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ดังนั้น การให้ความรู้แบบทั่วไปเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการสื่อสารแบบเข้าใจง่าย ใช้ตัวอย่างอาหารใกล้ตัว และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมได้จริง[12]

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐกานต์ ช่างเหล็ก และคณะ ที่พบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการจัดการตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ โดยผู้วิจัยรายงานว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงมีปัญหาภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 60.70–64.00 ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการควบคุมอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มักมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมโภชนาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การสร้างความเข้าใจ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของอาหาร สามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจในระยะยาวได้[2]

เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวรรณา และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการร่วมกับคำปรึกษาเฉพาะบุคคล สามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดว่าการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลและการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้หรือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ดังนั้น นัก

โภชนาการและบุคลากรทางสุขภาพควรออกแบบการให้คำปรึกษาที่เข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสอนอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกอาหารพื้นบ้านที่เหมาะสม หรือการประยุกต์เมนูอาหารไทยให้มีไขมันและโซเดียมต่ำลง[4]

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ Pereira et al. ที่รายงานว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหลัง PCI สามารถช่วยควบคุมไขมันในเลือดและน้ำหนักตัวได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ควรสิ้นสุดเพียงหลังการรักษาทางหัตถการ แต่ควรมีระบบติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจและหลอดเลือด[1]

จากการอภิปรายผลโดยภาพรวม จะเห็นได้ว่าโปรแกรมโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เพียงช่วยเพิ่มความรู้ แต่ยังช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารมากขึ้น เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว ดังนั้น โรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมการจัดโปรแกรมโภชนาการอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ที่ทันสมัย เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยไทย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายการนำโปรแกรมโภชนาการไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ โดยเฉพาะคลินิกโรคหัวใจและคลินิกผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง
2. ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ การสาธิตการเลือกและปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถิติโรค 2564 (Statistical Report 2021). กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์.
2. ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, วาสนา นัยโพธิ์, & สุจินต์ จงใจรัก. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 35–47.
3. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมแพทย์มัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, & คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 (Thai Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
4. สุวรรณา หาญสันเทียะ, นฤมล วิจิตร, & พัชรี ชูประยูร. (2562). ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการร่วมกับการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 37(2), 65–76.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

6. หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. (2567). สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ปีงบประมาณ 2565-2567. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง.
7. ยุภาณี แต้มเรืองอิทธิ์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล, นิรัตน์ อิมามี, และธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. (2560). โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ สถาบันโรคทรวงอก ประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์, 42(5), 53–61.
8. วัชรินทร์ คำสา. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จังหวัดตาก [ปริญญานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
9. อภิชาติ สุคนธรรพ์. (2563). Prevention of coronary artery disease. ใน อภิชาต สุคนธรรพ์ (บรรณาธิการ), Coronary artery disease (หน้า 1–35). เชียงใหม่: ทริคธิงค์.
10. Gillen, M. M., Heath, E. M., & Morgan, J. A. (2016). The effectiveness of audiovisual education versus verbal education alone for patients undergoing coronary procedures: A randomized controlled trial. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 26(2), 10–17.
11. Pereira, L. M., Souza, G. C., & Santos, R. D. (2020). Nutrition education and follow-up improve lipid profile and weight control in patients after percutaneous coronary intervention. European Journal of Preventive Cardiology, 27(5), 487–495.
12. Sritara, P., Woodward, M., Wangsuphachart, S., & Cheepudomwit, S. (2018). Dietary patterns and cardiovascular risk after percutaneous coronary intervention: Evidence from a Thai cohort. Journal of The Medical Association of Thailand, 101(3), 289–296

การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

The development of care and prevention model for relapses in psychiatric and substance abuse patients who are high risk of violence, Charoensin District, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

เกียรติพงษ์ อุ่นแก้ว[1] แพรวพรรณ สีสมพาน[2]
Kaittipong Aunkaew[1] Preawpun Seesompan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พื้นที่ตำบลหนองแปน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ดำเนินการเดือนตุลาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างคือ ภาคีเครือข่ายงานจิตเวชและยาเสพติด 53 คน ผู้ดูแล 10 คน และผู้ป่วย SMI-V 10 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง แบบบันทึกเหตุการณ์ความรุนแรง แบบวัดความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการศึกษาพบปัญหา ผู้ป่วยขาดยาและกลับไปใช้สารเสพติด ครอบครัวขาดความรู้และทักษะการเฝ้าระวัง การดูแลในชุมชนขาดความต่อเนื่อง การติดตามหลังจำหน่ายไม่ครอบคลุม และสภาพแวดล้อมในชุมชนเป็นปัจจัยกระตุ้นความรุนแรง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย” ประกอบด้วยทีมบุคลากรทางการแพทย์ เครือข่ายชุมชน และทีมเผชิญเหตุวิกฤติ ผ่าน 4 ขั้นตอน คือ การจัดทำฐานข้อมูล, การเฝ้าระวังเชิงรุก การจัดการในระบบบริการ และการติดตามต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t=-10.206$, $p<0.001$) ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($t=8.430$, $p<0.001$) ไม่พบเหตุการณ์ความรุนแรงและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{}$=4.46, S.D.=0.56)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to develop a model for the care and relapse prevention of patients with severe mental illness and substance use disorders who are at high risk of violence (SMI-V). The study was conducted in Nong Paen Subdistrict, Charoen Sin District, Sakon Nakhon Province, from October 2025 to March 2026. The sample consisted of 53 psychiatric and substance abuse network partners, 10 primary caregivers, and 10 SMI-V patients. Research instruments included questionnaires, focus group discussion guidelines, violence risk assessment form, violence recording form, knowledge test, and a satisfaction assessment scale. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results showed**;** The identified challenges included patient non-adherence to medication and substance abuse relapse, caregivers’ lack of knowledge and surveillance skills, fragmented community-based care, inadequate post-discharge follow-up, and environmental triggers within the community. The developed model, titled "The Tripartite Model for Community Safety," comprises three key components:

[1] นายแพทย์ (ด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน) ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

[2] พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

medical personnel, community networks, and community crisis response teams. The model involves four systematic steps: (1) database development, (2) proactive surveillance, (3) healthcare system management, and (4) continuous follow-up. Findings indicated that after the intervention, the network partners' knowledge scores significantly increased (t=-10.206, p<0.001), and the patients' violence risk scores significantly decreased (t=8.430, p<0.001). No incidents of violence or readmissions were reported during the study period. Furthermore, the overall satisfaction with the model was at the highest level ($\bar{}$=4.46, S.D.=0.56).

Keywords: Serious mental illness with high risk to violence (SMI-V), Relapse Prevention, Community Participation.

บทนำ

องค์การอนามัยโลกพบว่าประชาชนทั่วโลก 1 ใน 8 คน มีปัญหาสุขภาพจิต[1] และจากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ 6.0 ของประชากรทั่วไปที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบมากที่สุดในช่วงอายุ 18-25 ปี ร้อยละ 11.6 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 26-49 ปี พบร้อยละ 7.6 และกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 3.0 ตามลำดับ[2] ประเทศไทยพบข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงบนระบบคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขที่เข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559-2565 จำนวน 27,518 ซึ่งพบว่าระหว่างปี 2563-2565 มีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน, 2,783 คน และ 3,527 คน ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรคจิตเวชที่พบในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้แก่ โรคผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชอื่นๆ โรคจิตเภท และโรคจิตเวชยาเสพติด การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น นับเป็นภาระโรคและความสูญเสียของสังคมไทยทั้งที่สามารถป้องกันแก้ไขได้ หากมีระบบการดูแลที่ดี[3]

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดอารมณ์หรือพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน ลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงได้แก่ 1) มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่มุ่งทำร้าย 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)[4] ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทยและสามารถแก้ไขได้ด้วยระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การส่งต่อผู้ป่วยด้วยบริการจิตเวชฉุกเฉินเข้าสู่การรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ตลอดจนการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องจนถึงในชุมชนจะสามารถช่วยลดภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดให้

ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้รับการค้นหาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานด้านความมั่นคงและหน่วยงานด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับโอกาสการรักษาเหมาะสมเท่าเทียมและไม่ถูกตีตราจากสังคมภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 และคณะทำงานบูรณาการคัดกรองบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัดภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงานของทั้งสองคณะให้เหมาะสมและเป็นไปตามกฎหมาย[3]

โรงพยาบาลเจริญศิลป์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 30 เตียง ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ของอำเภอเจริญศิลป์มีจำนวน 38,183 คน และเป็นหนึ่งในสถานบริการของรัฐที่ตอบรับนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพและยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็วและได้รับบริการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและเท่าเทียม ได้เปิดให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมาตั้งแต่ปี 2562 ผลการดำเนินงานระหว่างปี 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 15 คน, 27 คน, และ 31 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 7 คน, 10 คน, และ 14 คน ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยก่อเหตุรุนแรงด้วยการทำร้ายญาติหรือเจ้าหน้าที่หรือผูกคอตายจำนวน 2 คน, 2 คน และ 3 คน ตามลำดับ สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและก่อเหตุรุนแรงเกิดจากการขาดยา ขาดนัดพบแพทย์ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสามารถลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4,5] และกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของชุมชนที่ตระหนักถึงปัญหาและต้องการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยศึกษานำร่องพื้นที่ตำบลหนองแปน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อความปลอดภัยของคนในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผู้วิจัยประยุกต์แนวทางของกรมสุขภาพจิต3 เรื่องมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมาใช้การศึกษา

ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act[8]

พื้นที่ศึกษา

ศึกษานำร่องพื้นที่ตำบลหนองแปน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 11 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่รับการรักษาในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 31 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามี 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอเจริญศิลป์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ตัวแทนฝ่ายปกครองอำเภอเจริญศิลป์ จำนวน 1 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 1 คน ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแปน จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้แทนทุกหมู่บ้านในตำบลหนองแปน จำนวน 11 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแปน จำนวน 33 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 63 คน บทบาทหน้าที่ คือ (1) ร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (2) ร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (3) ร่วมปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจริญศิลป์ การวินิจฉัยโรค ICD 10 รหัส F20-F29 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองแปน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่น หรือภาษาไทย ได้เข้าใจ ตามตัวได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีอาการทางจิตรุนแรงเกินขอบเขตความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่จะให้การดูแลรักษาได้ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจิตเวช หรือมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลระหว่างดำเนินการศึกษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ ไม่สามารถตามตัวได้ เสียชีวิต ย้ายถิ่นที่อยู่ หรือต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่าย แนวคำถามเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ใช้สำหรับการทำกิจกรรมกลุ่มในขั้นตอนของการวางแผนเพื่อทบทวนสถานการณ์ปัญหาและหาแนวแก้ไขปัญหาตามบริบทของชุมชน สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในการศึกษา แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) เป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต[7] แบบบันทึกเหตุการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาไปทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อ ได้ค่า IOC ของเครื่องมือทุกฉบับได้เท่ากับ 1.0 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น นำไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จำนวน 30 ชุด และคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.91, 0.86 และ 0.75 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

1) ขั้นตอนการวิเคราะห์และวางแผน (Plan) ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2568 โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายทั้งหมด 53 คนและผู้ดูแลผู้ป่วย 10 คน รวมทั้งหมด 63 คน เพื่อทบทวนปัญหาย้อนหลังจากเหตุการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทั้งด้านบริบทชุมชน กระบวนการดูแลรักษาและการส่งต่อ การประสานงาน บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดจนการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน ใช้กระบวนการเรียนรู้จากการสนทนากลุ่ม สรุปประเด็นปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (DO) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 - มีนาคม 2569 รายละเอียดดำเนินการดังนี้

2.1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นในเดือนพฤศจิกายน 2568 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคือ กลุ่มภาคีเครือข่ายทั้งหมด 53 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน รวมทั้งหมดจำนวน 63 คน เนื้อหาการจัดอบรมประกอบด้วย ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและยาเสพติด อาการเตือนต้องเฝ้าระวัง กระบวนการรักษาและการติดตามอาการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจกับกระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่าย และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน จัดทำช่องทางการสื่อสารระหว่างทีม และจับคู่ อสม.จิตอาสาเพื่อเป็นคู่หูผู้ดูแลผู้ป่วยแบบ 1:1 ซ้อมแผนปฏิบัติการจำลองสถานการณ์กรณีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีอาการทางจิตรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สรุปประเด็นทบทวนบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วน วัดความรู้ก่อนและหลังอบรม ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน

2.2) นำรูปแบบการดูแลป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและเสพติดในชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 3 เดือน

3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) คือ ติดตามผลหลังทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2569 ติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ

รุนแรงตำบลหนองแปนจำนวน 10 คน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเจริญศิลป์

4) ขั้นตอน Act: จัดประชุมภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2569 เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานในวงรอบการพัฒนาครั้งต่อไป

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล: ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569 ใช้ระยะเวลา 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะของการบรรยายเนื้อหาข้อความ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568 เอกสารเลขที่ SKN REC 2025-088

ผลการศึกษา

สถานการณ์ปัญหาการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนและวางแผนแก้ไขปัญหา

ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยพบสถานการณ์ปัญหา 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านผู้ป่วย พบปัญหาการขาดยารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดนัดพบแพทย์ มีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำทำให้อาการกำเริบและขาดผู้ดูแล/ครอบครัวไม่เข้าใจผู้ป่วย ขาดการเอาใจใส่

2) ด้านครอบครัว พบปัญหาความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมายาวนาน จึงขาดความใส่ใจหรือละเลยการติดตาม ขาดทักษะในการสื่อสารเชิงบวก ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการโต้เถียงกัน ตำหนิ ด่าทอมากกว่าการให้กำลังใจ และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการเฝ้าระวังอาการเตือนของโรค

3) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย พบปัญหาการเฝ้าระวังอาการเตือนของผู้ป่วย ขาดการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว และการปฏิบัติงานในการนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4) ด้านการบริการในสถานพยาบาล พบปัญหาคือ การติดตามหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมและขาดการติดตามต่อเนื่องระยะยาว

5) ด้านบริบทของชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ พบปัญหาคือ งานบุญหรืองานรื่นเริงต่างๆ มีการรวมกลุ่มสังสรรค์ ดื่มสุรา และหรือยาเสพติด เป็นปัจจัยหนุนให้เกิดเหตุการณ์รุนแรง

แนวทางการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้

1) จัดระบบการเฝ้ากำกับการกินยาของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามนัด

2) จัดให้มี จิตอาสคู่หูผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพื่อนคู่คิดปรึกษา

3) กิจกรรมสร้างเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบวกให้กับผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย

4) กิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและยาเสพติด อาการและอาการเตือนที่ต้องเฝ้าระวัง การดูแลรักษา และการส่งต่อหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

5) ทบทวนแนวปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทบทวนบทบาทของผู้มีส่วนได้เสีย และซ้อม

แผนการปฏิบัติงานเพื่อให้เห็นภาพการทำงานที่ชัดเจนขึ้น

6) พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย เช่น การใช้ระบบแพทย์ทางไกลมาใช้เป็นทางเลือกในการติดตามผู้ป่วย ร่วมกับการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ตลอดจนการวางแผนการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

7) เสนอการขับเคลื่อนนโยบายลดละเลิกการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีต่างๆ

8) ผู้นำชุมชนและชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้านกวดขันงานบุญประเพณีอย่างเคร่งครัด

ผู้มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ปกครองอำเภอ ตำรวจและคณะผู้บริหารโรงพยาบาลเจริญศิลป์

การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

หลังจากวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาได้แนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน คือ รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย โดยเชื่อมโยง 3 เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Team), เครือข่ายชุมชน (Community Network), และทีมเผชิญเหตุวิกฤตชุมชน (Community Crisis Response Team: CCRT) กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วนดังนี้

1) ทีมบุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่หลักในการดำเนินรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและยาเสพติด อาการเตือนและอาการผิดปกติ กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงเพื่อการดูแลที่ตรงจุด ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลรักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สนับสนุนยากินและยาฉีด ติดตามอาการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และให้คำปรึกษาแก่ภาคีเครือข่ายชุมชนผ่านไลน์กลุ่มและเบอร์โทรศัพท์กรณีมีเหตุฉุกเฉิน

2) เครือข่ายชุมชน แต่ละภาคส่วนมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

2.1) ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว/ญาติ ทำหน้าที่ ดูแลการกินยา ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจตามนัด สังเกตอารมณ์ เฝ้าระวังอาการเตือนของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยไม่ใช้คำพูดท้าทายหรือกดดัน

2.2) อสม.จิตอาสาดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนเป็นคู่หูของผู้ดูแลผู้ป่วย หน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ตรวจสอบจำนวนเม็ดยาและยาฉีด กระตุ้นเตือนการพบแพทย์ตามนัด เฝ้าระวังอาการเตือนก่อนผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติรุนแรง ประสานงานกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และทีมเผชิญเหตุวิกฤตชุมชนเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

2.3) ผู้นำชุมชน/ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ทำหน้าที่ ดูแลความสงบเรียบร้อยในชุมชน จัดเวรออกตรวจตราสอดส่องแหล่งมั่วสุมยาเสพติด ร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และทีมเผชิญเหตุวิกฤตชุมชนนำส่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการรุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) ทีมเผชิญเหตุวิกฤตชุมชน คือ หน่วยเคลื่อนที่เร็วประจำชุมชน ที่เกิดจากการประสานงานของฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และฝ่ายความมั่นคง ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ปกครองอำเภอ ตำรวจ อบต./เทศบาล/กู้ชีพ มีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดการสถานการณ์เมื่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเกิดอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด หรือมีแนวโน้มจะก่อความรุนแรง

ขั้นตอนดำเนินรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาและขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 2 ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน อสม.จิตอาสาร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย กำกับติดตามการใช้ยา และเฝ้าระวังอาการเตือนแยกตามสีสัญญาณภัยดังนี้

2.1) ผู้ป่วยสีเขียว คือ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ส่งเสริมด้านจิตสังคมร่วมกิจกรรมชุมชน กำกับติดตามการใช้ยา พบแพทย์ตามนัด ส่งเสริมครอบครัวสื่อสารเชิงบวกกับผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติ ตลอดจนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความรุนแรง อาทิเช่น การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง และยาเสพติด เป็นต้น โดยให้ อสม.จิตอาสาติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจสอบจำนวนเม็ดยาทุกสัปดาห์ ส่งเสริมเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน และควบคุมสิ่งกระตุ้นในงานบุญงานรื่นเริงในชุมชน

2.2) ผู้ป่วยสีเหลือง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง มีประวัติขาดยา แจ้งทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดย ผู้ดูแล/อสม.จิตอาสา แจ้งไปยัง รพ.สต. เพื่อร่วมกันประเมินอาการโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) นำส่งโรงพยาบาลเจริญศิลป์

2.3) ผู้ป่วยสีแดง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง พกอาวุธ เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งของ แจ้งทีมเผชิญวิกฤตชุมชน ผู้นำชุมชนปิดกั้นพื้นที่ ประสานตำรวจเข้าระงับเหตุ ประสานกู้ชีพ อบต./เทศบาล นำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลเจริญศิลป์ โดยจัดพื้นที่ปลอดภัย (Safe zone) ของโรงพยาบาลป้องกันการรบกวนผู้ป่วยอื่น กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับตติยภูมิ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์ หรือจำหน่ายกลับบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามหลังจำหน่ายโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร Telemedicine เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 1 ปี ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลหรือการออกเยี่ยมที่บ้าน

ผลการทดลองใช้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย

1) ข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.0 มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 41.3 อายุเฉลี่ย 43.2 ปี (S.D.=10.16 ปี) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 41.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.4 รายได้ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 68.3 รายได้เฉลี่ย 10,428.57 บาท (S.D.=11,995.58 บาท)

2) ด้านความรู้การดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าก่อนการอบรมคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 8.29 (S.D.=2.90) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมเท่ากับ 11.48 (S.D.=0.91) อยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.206$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม (n=63)

ตัวแปร	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		df	t-test	p
	$\bar{}$	S.D.	$\bar{}$	S.D.			
ความรู้	8.29	2.90	11.48	0.91	62	-10.206	<0.001**

** p<.001

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 100.0 มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 31.50 ปี (S.D.=7.38 ปี) สถานภาพ โสด ร้อยละ 100.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.0 รายได้ 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ย 1,800 บาท (S.D.=1,549.19 บาท) ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 100.0 ผู้ดูแลหลักคือบิดาหรือมารดา ร้อยละ 100.0

2) ความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ก่อนทดลองใช้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเท่ากับ 13.00 (S.D.=5.27) อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง หลังทดลองใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเท่ากับ 1.40 (S.D.=1.07) อยู่ในระดับความเสี่ยงเล็กน้อย ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่ำกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.430, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ (n=10)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบฯ		หลังการใช้รูปแบบฯ		df	t-test	p
	$\bar{}$	S.D.	$\bar{}$	S.D.			
ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	13.00	5.27	1.40	1.07	9	8.430	<0.001**

** p<.001

1) การเฝ้าระวังเหตุการณ์การก่อความรุนแรงและอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำนั้น ไม่พบเหตุการณ์การก่อความรุนแรงในชุมชนหนองแปน และไม่พบอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลองใช้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย

2) ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น พบว่าความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{}$=4.46, S.D.=0.56) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ ทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างเป็นรูปธรรม อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{}$=4.59, S.D.=0.53) รองลงมาคือ ทำให้ชุมชนและญาติมีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินมากขึ้น อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{}$=4.48, S.D.=0.56) และสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช

และยาเสพติด อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{}$=4.44, S.D.=0.50) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถลดความรุนแรง/อุบัติการณ์คลุ้มคลั่งในชุมชน ($\bar{}$=4.35, S.D.=0.57) แต่ยังคงอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วยพบว่าขาดยา ขาดการรักษาและกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ด้านครอบครัวพบว่าเกิดความเหนื่อยล้า ขาดทักษะการสื่อสารเชิงบวกและขาดความรู้ในการเฝ้าระวังอาการเตือนของโรค ด้านกระบวนการดูแลในชุมชนพบว่ายังไม่ครอบคลุมและขาดการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว การนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้านการบริการในสถานพยาบาลพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไปและการติดตามอาการหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมทุกรายและขาดการติดตามต่อเนื่อง ด้านบริบทชุมชนพบว่าสภาพแวดล้อมงานรื่นเริงหรืองานบุญมีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพิณณรัฐ ศรีหารักษา[5] ที่พบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ขาดความรู้ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนทีมสุขภาพ ผลการศึกษาสถานการณ์ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยของการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงผ่านมุมมองระบบนิเวศทางสังคมที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพไม่ใช่เรื่องส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ถูกกำหนดโดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัวและบริบทแวดล้อมในชุมชน[9] สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความล้มเหลวในการดูแลส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยเชิงโครงสร้างในชุมชน[10]

การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่เหมาะกับเหมาะกับบริบทของอำเภอเจริญศิลป์คือ รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย เป็นการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งประกอบด้วย ทีมบุคลการทางการแพทย์ (Clinical Team) ทีมเครือข่ายชุมชน (Community Network) และทีมเผชิญเหตุวิกฤติชุมชน (Community Crisis Response Team: CCRT) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อว่าชุมชนมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของตนเองหากได้รับเครื่องมือที่เหมาะสม[11] และสอดคล้องกับแนวคิดของ Thornicroft & Tansellar[12] ที่ให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนคือหัวใจของการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในครั้งนี้ยังเป็นการเปลี่ยนการดูแลแบบตั้งรับที่จำกัดเพียงการให้การรักษาเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงไปสู่การดูแลแบบเชิงรุกผ่านกลไกการเฝ้าระวังอาการเตือนแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายใช้ทุนทางสังคมเป็นกลไกการขับเคลื่อนหลัก ตลอดจนสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรมสุขภาพจิต[3]

ก่อนใช้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนความรู้โรคทางจิตเวชและยาเสพติดและทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังใช้รูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบเหตุการณ์ก่อความรุนแรงและไม่พบอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ ตลอดจนภาคี

เครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกรองจิต วลัยศรี[4] ที่พบว่าหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ญาติและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น และภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงลดลง และการศึกษาของศรุตา ช่อไสว[13] ที่พบว่าหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดนครสวรรค์ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและความก้าวร้าวรุนแรงต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา การเก็บข้อมูลและการติดตามผลใช้ระยะเวลา 6 เดือน ถือเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้นสำหรับการประเมินผลระยะยาวของโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งอาการมักมีลักษณะกำเริบและสงบสลับกัน ดังนั้นผลลัพธ์ในด้านเหตุการณ์ก่อความรุนแรงและอัตราการไม่กลับมาป่วยซ้ำจึงอาจไม่สามารถสรุปได้ว่าจะเป็นเช่นนี้ในระยะเวลาที่ยาวนานกว่า 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาวิจัย ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลอย่างน้อย 1-2 ปี เพื่อยืนยันความยั่งยืนของ รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย และควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่มีบริบทสังคมแตกต่างกัน

2. ด้านนโยบาย ควรผลักดันให้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย บรรจุเข้าในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับตำบล ลงนามความร่วมมือระหว่างฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดบทบาทและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา

3. ด้านการปฏิบัติ ควรนำรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัยขยายให้ครอบคลุมทุกตำบลในเขตอำเภอเจริญศิลป์ ถอดบทเรียนผลการปฏิบัติ และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้เป็นมาตรฐานระดับอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Mental disorders: key facts [Internet]. 2022[Retrieved January 24th, 2025]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
2. National Institute of Mental Health.(2022). Prevalence of Serious Mental Illness (SMI) [Internet]. 2022[Retrieved January 24th, 2025]. Available from https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#part_2541
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิซซิ่ง จำกัด;2566.
4. กรองจิต วลัยศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566,8(3),909-917.
5. พิณณรัฐ ศรีหารักษา.(2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566,8(1),436-447.

6. ณัฐพณ บุตตะโยธี.(2564). กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตุลาคม 2563-มีนาคม 2564, 5(9),77-88.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอส เพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
8. ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม.(2562). เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วาสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย 2562,1(3),39-46.
9. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, & Glanz K.(1988). An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly 1988,15(4),351-377.
10. Stokols D. (1996).Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. American Journal of Health Promotion 1996,10(4),282-298.
11. ปรียาภัสสร์ เหล็กเพชร, กฤษฎา เหล็กเพชร, จันทิมา นวะมะวัฒน์.(2567). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567,6(1),164-177.
12. Thornicroft G, & Tansella M.(2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br Psychiatry 2004,185,283-290.
13. ศรุตา ช่อไสว.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2568,22(3),231-245.

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

Effects of a Self-Efficacy-Based Program on Preventive Behaviors for Metabolic Syndrome among Patients with Diabetes Mellitus in Khok Sung District, Sa Kaeo Province.

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

รุ่งนภา สิทธิพล[1] ประภาสิริ หอนตะคุ[1] รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[1] สมพงษ์ บุญณะอินทร์[1] อดิเรก ขุนสนิท[1] พนิดา ยอดผล[1] กรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์[1] อรวรรณ ตาพยุง[1] จำเนียร สุวรรณชาติ[2] วรากร เกรียงไกรศักดา[3]
Rungnapha Sitthiphon[1] Praphasiri Hontaku[1] Rattanachai Pechsombut[1] Sompong Boonnain[1] Adirek Khoonsanit[1] Panida Yordphon[1] Kannigar Petchrat[1] Aalrawan Taphayung[1] Jumnion Suwannachat[2] Warakorn Kriengkaisakda[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ One-way Repeated Measures ANOVA และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้ ภายในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวหลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถตนเอง, พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on preventive behaviors toward metabolic syndrome among patients with diabetes mellitus in Khok Sung District, Sa Kaeo Province. The sample consisted of 60 patients with diabetes mellitus, divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30), selected using multistage sampling. The research instruments included: 1) a self-efficacy enhancement program for metabolic syndrome prevention behaviors, 2) a general information questionnaire, and 3) a questionnaire assessing self-efficacy regarding dietary behaviors, physical activity, and stress

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว
[2] สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
[3] โรงพยาบาลพุทธโสธร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

management. The reliability coefficient of the questionnaire was .91. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Comparative analyses were performed using One-way Repeated Measures ANOVA and Independent t-test.

The results revealed that, after receiving the self-efficacy program, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in preventive behaviors for metabolic syndrome, including healthy eating, physical activity, and stress management, than those before the intervention and those of the control group ($p < .001$). Furthermore, significant differences were observed in the mean scores of all three behavioral domains across the pre-intervention, post-intervention, and follow-up assessments within the experimental group ($p < .001$). The mean waist circumference of the experimental group was also significantly reduced at both the post-intervention and follow-up assessments compared with baseline ($p < .001$). In addition, post-intervention comparisons between the experimental and control groups showed that the experimental group had significantly higher mean scores in healthy eating, physical activity, and stress management behaviors than the control group ($p < .05$).

Keyword : self-efficacy, preventive behaviors toward metabolic syndrome, patients with diabetes mellitus

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ทั้งการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง การขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ และความเครียดจากวิถีชีวิตสมัยใหม่ ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา[1]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อหลอดเลือดขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา และแผลเบาหวาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และภาระทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก[2] โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย อย่างรวดเร็ว[3] สำหรับประเทศไทยจากรายงาน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานและภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การรับประทานอาหารสำเร็จรูป และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ[4]

ภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) เป็นภาวะที่มีการสะสมไขมันบริเวณช่องท้องมากผิดปกติ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง ซึ่งมีผลต่อการทำงานของอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ยากขึ้น และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในผู้ป่วยเบาหวาน[5] นอกจากนี้ กลุ่มอาการเมตาบอลิก ประกอบด้วย ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง และระดับไขมันชนิดดีต่ำ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เพิ่ม ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะอ้วนลงพุงได้ง่ายกว่าคนทั่วไป เนื่องจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความผิดปกติของระบบเผาผลาญพลังงานและการทำงานของอินซูลิน ซึ่งส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมันบริเวณช่องท้องมากขึ้น และมักพบร่วมกับภาวะน้ำหนักเกิน

และโรคอ้วน[6] ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุงจึงถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมน้ำหนักและเส้นรอบเอวได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ทั้งนี้เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย การขาดการออกกำลังกายและการขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมเส้นรอบเอวได้ตามเกณฑ์ เนื่องจากไขมันสะสมบริเวณช่องท้องมีผลต่อการอักเสบของร่างกายและการทำงานของระบบเผาผลาญ อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนลงพุงจึงถือเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[4]

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนด “แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570” เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การจัดการความเครียดและอารมณ์อย่างเหมาะสม การลดการสูบบุหรี่ และการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุงอย่างใกล้ชิด[7] แม้ว่าผู้ป่วยเบาหวาน จะได้รับการรักษาด้วยยาและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง แต่การควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพยังจำเป็นต้องอาศัย “พฤติกรรมสุขภาพ” ที่เหมาะสมร่วมด้วย โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายควบคุมน้ำหนัก และการจัดการความเครียด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำนวนมาก ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและควบคุมภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura[8] อธิบายว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะสามารถกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ขาดความเชื่อมั่น การส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่งสำคัญ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) เมื่อบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมและประสบความสำเร็จ จะเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การเห็นบุคคลอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตนเองสามารถประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การได้รับกำลังใจ คำแนะนำ หรือแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัวหรือเพื่อน จะช่วย

ให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) สภาวะทางอารมณ์มีผลต่อความเชื่อมั่นของบุคคล หากผู้ป่วยมีความเครียดสูง หรือรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมโรคได้ ก็อาจทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

จังหวัดสระแก้ว จากข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ (CHRONICFU) จำนวน 44,486 ราย ได้รับการตรวจภาวะอ้วนลงพุงจำนวน 43,609 ราย และพบว่ามีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 31,116 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.95 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนลงพุงร่วมด้วย โดยอำเภอโคกสูง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ (CHRONICFU) จำนวน 2,599 ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนลงพุงจำนวน 1,753 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.45 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับหลายพื้นที่ในจังหวัด นอกจากนี้ ยังพบข้อมูลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานว่า มีผู้ป่วยตรวจพบภาวะแทรกซ้อนทางไต คิดเป็นร้อยละ 2.91 ภาวะแทรกซ้อนทางตา คิดเป็นร้อยละ 0.12 และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า คิดเป็นร้อยละ 0.17 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และยังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถควบคุมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดภาวะอ้วนลงพุง ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ตลอดจนสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเส้นรอบเอว ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเส้นรอบเอว ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองร่วมกับการติดตามผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลง

พุง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการในระบบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CHRONICFU) ของหน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2567 และมีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 1,753 ราย โดยเป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยกำหนดให้แต่ละกลุ่มมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 15–30 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติและการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม[9] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยสุ่มเลือกตำบลและเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง เป็นพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย จากนั้นกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง และอีกแห่งหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติตามระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ1) ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน มีอายุ 35-60 ปีขึ้นไป 2) มีภาวะอ้วนลงพุง โดยมีค่าเส้นรอบเอว ผู้ชายมากกว่าเท่ากับ 90 เซนติเมตร ผู้หญิงมากกว่าเท่ากับ 80 เซนติเมตร 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านและตอบแบบสอบถามได้ 4) ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น สามารถเคลื่อนไหวและร่วมกิจกรรมได้ 5) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจรุนแรง ไตวายระยะสุดท้าย 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 3) มีการย้ายการรักษาไปสถานบริการอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพการสมรส การมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน และค่าเส้นรอบเอว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด จำนวนด้านละ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง มีความมั่นใจกับข้อความนั้นในระดับมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 5

มั่นใจมาก หมายถึง มีความมั่นใจกับข้อความนั้นในระดับมาก ให้คะแนนเท่ากับ 4

มั่นใจปานกลาง หมายถึง มีความมั่นใจกับข้อความนั้นในระดับปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3

มั่นใจน้อย หมายถึง มีความมั่นใจกับข้อความนั้นในระดับน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ไม่มีความมั่นใจกับข้อความนั้น ให้คะแนนเท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) Bandura (1977)[8] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) 4)การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) โดยมีการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 45 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 เป็นค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ 0.60 แสดงว่า ข้อคำถามนั้น ๆ มีความความสอดคล้องกับทฤษฎีและเนื้อหาที่กำหนดไว้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง ได้เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง เป็นการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะทดลอง เป็นการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง จำนวน 5 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2-6) ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรม **"ที่มาของตัวฉัน"** และ **"เพื่อนทำได้ เราทำได้"** เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะอ้วนลงพุง และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ใช้ตัวแบบผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีรอบเอวปกติมาร่วมให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ รวมทั้งเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

2. ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรม **"อาหารดีมีประโยชน์"** และ **"อาหารแบบนี้ไม่ดีนะ"** เป็นการให้ความรู้หลักการรับประทานอาหาร และแลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและภาวะอ้วนลงพุง

3. ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม **"ออกกำลังกายกันดีกว่า"** เป็นการฝึกปฏิบัติออกกำลังกายจริงและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค และข้อดีของการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยพูดโน้มน้าว ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย การออกกำลังกายของตนเอง

4. ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรม **"อารมณ์ดี หุ่นดี"** เป็นการให้ความรู้การจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ ลดความเครียด ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรค และข้อดีของการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา เพื่อเพิ่มทางเลือกในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

5. ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) กิจกรรม **"แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู่คนหุ่นดี"** เป็นการทบทวนพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายต่อการลดภาวะอ้วนลงพุง การจัดการความเครียด การติดตามรอบเอว และการวางแผนดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

ระยะหลังการทดลอง เป็นการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (สัปดาห์ที่ 7) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะติดตามผล (3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการทดลอง) เป็นการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในระยะติดตามผล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยเบาหวาน จากนั้นให้กลุ่มทดลองบอกเล่าประสบการณ์ระยะเวลาการทดลอง 5 สัปดาห์ที่ผ่านมา ว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด อีกทั้งชื่นชม ให้กำลังใจ ชักจูงให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความพยายามในการดูแลตนเองต่อไป พร้อมทั้งมอบรางวัลแก่ กลุ่มทดลองที่สามารถลดค่าเส้นรอบเอวได้สำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงและเส้นรอบเอว ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้ สถิติ One-way repeated measure ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferoni และเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงและเส้นรอบเอว ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test (ซึ่งตัวแปรทดสอบดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบทั้งในภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มมีการกระจายเป็น normal distribution)

จริยธรรมวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการวิจัย 37/2568 วันที่รับรอง 2 กันยายน 2568 วันที่หมดอายุ 1 กันยายน 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 41-45 ปี ร้อยละ 40 การศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ 10,001-15,000 บาท สถานภาพสมรสคู่ มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 73.3, 56.7, 33.3, 83.3, 70.0 ตามลำดับและมีค่าเฉลี่ยรอบเอว 103.60 (SD=12.45)

1.2 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 93.3 อายุระหว่าง 35-40 ปี ร้อยละ 53.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ 10,001-15,000 บาท สถานภาพสมรสคู่ มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 66.7, 76.7, 36.7 , 70.0, 60.0 ตามลำดับและมีค่าเฉลี่ยรอบเอว 102.03 (SD=13.30)

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง และเส้นรอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างต่อเนื่องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สำหรับค่าเส้นรอบเอว พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ผลการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ระหว่าง 3 ระยะ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดในทุกระยะ รวมถึงค่าเส้นรอบเอว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองและเส้นรอบเอว ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One way repeated measure ANOVA และปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธี Bonferoni (n = 30)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระยะ	$\bar{x}$,	SD	F	Mean difference	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร	ก่อนการทดลอง	32.73	4.50	428.832		*<0.001
	หลังการทดลอง	41.70	3.42			
	ระยะติดตามผล	48.63	1.43			
	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง				-8.967	*<0.001
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล				-15.900	*<0.001
	หลังทดลอง-ติดตามผล				-6.933	*<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง	29.73	3.07	1326.209		*<0.001
	หลังการทดลอง	39.33	2.85			
	ระยะติดตามผล	48.03	1.40			
	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง				-9.600	*<0.001
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล				-18.300	*<0.001
	หลังทดลอง-ติดตามผล				-8.700	*<0.001
ด้านการจัดการความเครียด	ก่อนการทดลอง	30.07	2.75	1140.003		*<0.001
	หลังการทดลอง	39.993	2.60			
	ระยะติดตามผล	48.63	1.22			
	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง				-9.867	*<0.001
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล				-18.567	*<0.001
	หลังทดลอง-ติดตามผล				-8.700	*<0.001
เส้นรอบเอว	ก่อนการทดลอง	104.33	12.14	128.963		*<0.001
	หลังการทดลอง	103.17	11.95			
	ระยะติดตามผล	101.67	12.08			
	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง				-1.167	*<0.001
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล				2.667	*<0.001
	หลังทดลอง-ติดตามผล				1.500	*<0.001

p<0.05 คะแนนเต็ม 50 คะแนน

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองและเส้นรอบเอว ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และค่าเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.032, p=.047), (t=6.950, p<.001), (t=4.708, p<.001) ตามลำดับ ส่วนค่าเส้นรอบเอวหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงภายหลังได้รับโปรแกรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และเส้นรอบเอว ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

กลุ่มของพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n= 30)		กลุ่มควบคุม (n= 30)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
รับประทานอาหาร						
ก่อนทดลอง	32.73	4.50	32.60	3.91	0.123	.903
หลังการทดลอง	36.10	4.43	33.90	3.94	2.032	*.047
การออกกกำลังกาย						
ก่อนทดลอง	29.73	3.07	30.17	4.06	-0.466	.643
หลังการทดลอง	39.33	2.85	33.83	3.27	6.950	*<0.001
การจัดการความเครียด						
ก่อนทดลอง	30.07	2.75	29.40	2.53	0.977	.333
หลังการทดลอง	39.93	2.60	36.23	3.43	4.708	*<0.001
เส้นรอบเอว						
ก่อนทดลอง	104.33	12.14	102.03	13.30	0.699	.487
หลังการทดลอง	103.17	11.951	102.47	13.32	0.214	.831
*p<0.05						

สรุปและอภิปรายผล

ผลโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ของผู้ป่วยเบาหวานใน อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยมีประเด็นที่สำคัญที่นำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) รวมทั้ง มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมมุ่งเน้นการพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสริมแรงทางบวก และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้นและคงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura[8] ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.1 ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และในระยะติดตามผลยังคงมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร การ

ควบคุมปริมาณอาหาร การลดอาหารหวาน มัน เค็ม รวมทั้งการตั้งเป้าหมายและติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phoosuwan และคณะ[10] และ Timashkov และคณะ[11] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริม self-efficacy มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วรุตม์ ดวงจิตร และอุรัชชา สัจจาพงศ์[12] และนิตยา สุขชัยสงค์และพนิตนันท์ พรหมดำ[13] ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ด้านโภชนาการ แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านวิถีชีวิต พฤติกรรมการบริโภคเดิม และแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่แตกต่างกัน

1.2 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และในระยะติดตามผลยังคงมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติจริง มีการติดตามผลและได้รับกำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุขและสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phoosuwan และคณะ[10] และ Zeng และคณะ[14] ที่พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้น self-efficacy สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันท์นภัส ธนฐากร[15] และ พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ[16] ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา อายุ ภาระงาน และสภาพแวดล้อมของชุมชน

1.3 ด้านการจัดการความเครียด พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และในระยะติดตามผลยังคงมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการจัดการอารมณ์และความเครียดได้ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเสริมแรงทางบวกจากบุคลากรสุขภาพและสมาชิกในกลุ่ม ทำให้สามารถจัดการอารมณ์และความเครียดได้ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Long และคณะ[17] ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริม self-efficacy ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณีย์ และกรรณิการ์[18] ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ภาระงาน และปัญหาครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องของการจัดการความเครียดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

2. ค่ารอบเอว ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยลดภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยเบาหวานได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดร่วมกับการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าเส้นรอบเอวลดลงผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[9] ที่อธิบายว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะอ้วนลงพุงได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Phoosuwan และคณะ[10] ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและมีค่าดัชนีมวลกายรวมถึงรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญรัตน์ และคณะ[19] ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกสามารถช่วยลดรอบเอวและเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแม้จะสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ไม่สามารถลดรอบเอวหรือดัชนีมวลกายได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาในการติดตามผลสั้นเกินไปหรือผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน รวมถึงข้อจำกัดด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดดีขึ้น รวมทั้งสามารถลดค่า รอบเอวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยบริการสาธารณสุข ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันภาวะอ้วนลงพุงอย่างต่อเนื่อง

2. หน่วยบริการควรมีระบบติดตามต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดโอกาสกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงเดิม

3. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนสำคัญต่อความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของค่ารอบเอวในระยะยาว

2. ควรเพิ่มตัวชี้วัดทางคลินิกอื่น ๆ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) หรือระดับไขมันในเลือด เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ในการลดรอบเอว เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ ระดับความเครียด หรือรูปแบบการดำเนินชีวิต เพื่อใช้ในการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Apr 4]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [cited 2025 Apr 4]. Available from: https://diabetesatlas.org
3. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Apr 7]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
4. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นครปฐม: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1). doi:10.2337/dc24-SINT.
7. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
8. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191.
9. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: Principles and methods. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995.
10. Phoosuwan N, Wongsrila A, Pusuwan P, Kedthongma W. Effectiveness of a knowledge, attitude, and self-efficacy program for people having type 2 diabetes mellitus with uncontrolled blood sugar in a northeastern province of Thailand: A quasi-experimental study [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 15]. Available from: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6650347/v1
11. Timashkov AY, Abrosimov IN, Yaltonsky VM. Illness perception and self-management in patients with type 2 diabetes. J Clin Med Res. 2023;15(2):85-94.
12. วรุฒ ดวงจิตร, อุรัชชา สัจจาพงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2568;7(1):135-49.
13. นิตยา สุขชัยสงค์, พนิตนันท์ พรหมดำ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการฝึกสติในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมไม่ได้. วารสารเกื้อการุณย์. 2566;30(2):241-55.
14. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nat Rev Endocrinol. 2018;14(2):88-98. doi:10.1038/nrendo.2017.151.
15. นันท์นภัส ธนฐากร. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุติดสังคมที่มีภาวะอ้วนในจังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
16. พรฤดี นิธิรัตน์, ราตรี อร่ามศิลป์, จารุณี ขาวแจ้ง, วรรณสิริ ประจันโน, เสาวภา เล็กวงษ์, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูงในจังหวัดจันทบุรี: กรณีประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(6):1004-15.
17. Long Q, Guo J, Zhong Q, Jiang S, Wiley J, Chen YL. General self-efficacy and social support as mediators of the association between perceived stress and quality of life among rural women with previous gestational diabetes mellitus. J Clin Nurs. 2021;30(7-8):1026-36. doi:10.1111/jocn.15648.
18. กฤษณีย์ สุวรรณรัตน์, กรรณิการ์ พรงาม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียด และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2567;34(3):82-95.
19. ธัญรัตน์ บุญล้ำ, วารี กังใจ, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2566;31(1):1-15.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

Factors Associated with Self-management Behaviors among Patients with Chronic Kidney Disease Stage 1-3 in Khok Sung District, Sa Kaeo Province

(Received: June 26, 2026; Revised: June 27, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ประภาสิริ หอนตะคุ[1] รุ่งนภา สิทธิพล[1] รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[1] สมพงษ์ บุญณะอินทร์[1] อดิเรก ขุนสนิท[1] พนิดา ยอดผล[1] กรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์[1] อรวรรณ ตาพยุง[1] จำเนียร สุวรรณชาติ[2] วรากร เกรียงไกรศักดา[33]

Praphasiri Hontaku[1] Rungnapha Sitthiphon[1] Rattanachai Pechsombut[1] Sompong Boonnain[1] Adirek Khoonsanit[1] Panida Yordphon[1] Kannigar petchrat[1] Aalrawan Taphayung[1] Jumnion Suwannachat[2] Warakorn Kriengkaisakda[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการจัดการตนเอง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 จำนวน 225 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ($\bar{X}$ = 3.54) 2) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (มีการปฏิบัติปานกลาง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ($\bar{X}$ = 3.24) 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง (r = .64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

The objective of this survey research was to investigate health responsibility, interpersonal relations, physical activity, nutrition, spiritual growth and self-management behavior and to study factors associated with Self-management behaviors among patients with chronic kidney disease Stage 1-3 in Khok Sung District, Sa Kaeo province. The sample consisted of 225 subjects comprised the chronic kidney disease stage 1-3 patients from a random cluster sampling method. Data were collected by health promotion questionnaire, the reliability

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

[2] สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

[3] โรงพยาบาลพุทธโสธร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

of questionnaire was .98, and self-management behaviors questionnaires, the reliability of questionnaire was .91. The data analyzed with frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson' s product-moment correlation coefficient.

The results are as follows: 1) Health responsibility, interpersonal relations, physical activity, nutrition, spiritual growth and stress management among patients with chronic kidney disease stage 1-3 in Khok Sung district, Sa Kaeo province, overall was practice sometimes in rankings the mean of 3.54 (1-2 times per week). 2) Self-management behavior among patients with chronic kidney disease stage 1-3 in Khok Sung district, Sa Kaeo province, overall was practice sometimes in rankings the mean of 3.24 (1-2 times per week). 3) Health responsibility, interpersonal relations, physical activity, nutrition, spiritual growth and stress management, overall was significantly positive related to self-management behavior at hight level ($r = .64$, $p < .01$).

Keyword : Chronic Kidney Disease, Self-management Behaviors, Health Promotion

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้โรคไตเรื้อรังเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมาก ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการใช้ยาหรือสารที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น ยากลุ่ม NSAIDs และการได้รับสารเคมีหรือโลหะหนักอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีการคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2030 ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 70 จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระ ด้านสุขภาพที่ประเทศกำลังพัฒนาจะต้องเผชิญในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สำหรับประเทศไทย โรคไตเรื้อรังถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างชัดเจน โดยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณ 20,000 ราย และจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–5 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมากถึง 1,145, 275 ราย ซึ่งส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ และภาระด้านกำลังคนทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต ซึ่งล้วนเป็นกระบวนการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต[1,2] จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการในการจัดการโรคไตเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เกิดความเป็นเลิศทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การพัฒนาบุคลากรและการบริหารจัดการ ซึ่งระบบบริการสุขภาพสาขาไต (Kidney Service Plan) ถือเป็นหนึ่งในสาขาสำคัญที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ชะลอการเสื่อมของไต ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดมาตรการเฝ้าระวัง คัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนขนาดตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไปจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง[3]

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะปานกลางหรือระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร บวม หายใจลำบาก และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไต ลดภาวะแทรกซ้อน และยืดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการผิดปกติในระยะเริ่มต้น ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพและไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม การไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต การขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง (Self-management) อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว[4]

แนวคิดการจัดการตนเองจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ วางแผนการปฏิบัติ ติดตามผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การจัดการตนเองจะเกิดผลสำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนทั้งจากบุคลากรทางสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน เพื่อช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ยังเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมในการประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวล้วนมีความสำคัญต่อการควบคุมและชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ได้อย่างเหมาะสม[5]

สำหรับสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 จำนวน 543 ราย ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ซึ่งมีจำนวน 621 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.56 ทั้งนี้เป็นผลจากการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม การลดและเลิกพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนการสร้างพลังอำนาจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเร่งการเสื่อมของไตในอนาคตได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 อำเภอโคกสูง

จังหวัดสระแก้ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พัฒนากิจกรรมหรือแนวทางสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ชะลอการเสื่อมของไต และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

วิธีการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 จำนวน 16 คน ระยะที่ 2 จำนวน 95 คน และระยะที่ 3 a/b จำนวน 432 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มีโรคร่วมแต่ต้องไม่ใช่ระยะที่มีการกำเริบของโรคและต้องไม่ใช่โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว รวมจำนวนทั้งสิ้น 543 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการสุ่มจากประชากรโดยใช้สูตรของ Krejcie&Morgan[6] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 225 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยใช้ระยะของโรคไตเรื้อรังเป็นเกณฑ์ ซึ่งวิธีการสุ่มนี้มีความเชื่อว่าแต่ละกลุ่มเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงมีการเลือกตัวอย่างในสัดส่วนที่เท่า ๆ กันในแต่ละกลุ่มบริเวณ เพื่อให้เกิดการกระจายของตัวอย่าง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มีสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมเข้าร่วมการให้ข้อมูล 2) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยอ่านและเขียนได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและ เกณฑ์ในการคัดออกคือผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชรุนแรงหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจากงานวิจัยของ นพพล ศรีทองใบ[7] ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 เป็นค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ 0.60 แสดงว่า ข้อคำถามนั้น ๆ มีความความสอดคล้องกับทฤษฎีและเนื้อหาที่กำหนดไว้ และมีค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้ค่าความสัมพันธ์ใช้ค่าสหสัมพันธ์ (r_{xy}) ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม พบว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .22 ถึง .87 และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .23 ถึง .82 และค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach พบว่าปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ

.98 และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการดำเนินการ

1) ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 2) ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอโคกสูง และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4) ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการ

1) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่ 2) ผู้วิจัยประสานกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง 3) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา 4) ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยใช้สถิติพื้นฐานค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยใช้สถิติพื้นฐานค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) สถิติที่ใช้ คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการวิจัย 40/2568 วันที่รับรอง 6 พฤจิกายน 2568 วันที่หมดอายุ 6 พฤจิกายน 2569

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.30 มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 71.10 รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 24.90 และน้อยที่สุด คือ มีอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ .90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด ร้อยละ 67.10 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ร้อยละ 26.20 และน้อยที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ ปกศ.ต้น หรือเทียบเท่า ร้อยละ .90 และไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ34.70 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.40 และน้อยที่สุด คือ ประกอบอาชีพอื่นๆ (พระภิษุ) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40

โดยข้อมูลภาวะโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่างปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด ร้อยละ 90.68 รองลงมา

คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.11 และน้อยที่สุด คือ โรคเกาต์และโรคหัวใจ ร้อยละ 0.44 โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระหว่าง 1 - 3 ปี และ 4 - 6 ปี มากที่สุด ร้อยละ 25.80 รองลงมา คือ ระหว่าง 7 - 9 ปี ร้อยละ 21.80 และน้อยที่สุด คือ น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 12.80 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลหลักที่ใช้ในการรักษาโรคไตเรื้อรัง คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนไม่ต้องจ่ายเงิน) ร้อยละ 97.80 สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ร้อยละ 2.20 และมีสถานภาพสมรส/ คู่ มากที่สุด ร้อยละ 68.44 ซึ่งพักอาศัยอยู่กับญาติ (พี่ น้อง บุตร หลาน) ร้อยละ 50.20

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 6 ด้าน โดยมีผลการการศึกษาในภาพรวมและในแต่ละด้าน พบว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (มีการปฏิบัติปานกลาง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ($\bar{x}$ = 3.54) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านสามารถเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ($\bar{x}$ = 3.80) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ($\bar{x}$ = 3.72) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ($\bar{x}$ = 3.67) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) ($\bar{x}$ = 3.62) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ($\bar{x}$ = 3.53) มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง (มีการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) และด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) ($\bar{x}$ = 2.94) มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (มีการปฏิบัติปานกลาง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยมีผลการการศึกษาในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (มีการปฏิบัติปานกลาง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) มากที่สุด จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 71.11 รองลงมา คือ มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (มีการปฏิบัติร้อยครั้ง หรือ 1-3 ครั้งต่อเดือน) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ และน้อยที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง (มีการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.67

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

จากการศึกษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยมีผลการวิเคราะห์โดยภาพรวมดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 (Y)	
	r	*p*
ปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) (X_1)	.39**	.00
ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) (X_2)	.39**	.00
ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) (X_3)	.58**	.00
ปัจจัยด้านโภชนาการ (Nutrition) (X_4)	.73**	.00
ปัจจัยด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) (X_5)	.51**	.00
ปัจจัยด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) (X_6)	.43**	.00
ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 (X)	.64**	.00

*$p < .05$

จากตารางที่ 1 ปรากฏว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง (r = .64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้านสามารถเรียงลำดับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว จากค่าความสัมพันธ์มากไปน้อย ได้แก่ ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายด้าน ปรากฏว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านโภชนาการ (Nutrition) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับสูง (*r* = .64) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง (*r* = .59) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง (*r* = .51) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง (r = .51) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับต่ำ (r = .39) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับต่ำ (r = .39) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยมีประเด็นที่สำคัญที่นำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้วที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและมีสถานภาพสมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว จึงให้ความสนใจและรับผิดชอบต่อครอบครัวมากกว่าการสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง ความสนใจในการแสวงหาความรู้มีน้อย การขาดความรู้ทำให้เกิดปัญหาในการจัดยาและปัญหาในการจัดหาอาหารในการบริโภคที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และมีแนวโน้มว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นความสนใจในตนเองยิ่งลดลง จึงส่งผลให้ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Natashia, Yen, Chen and Fetzer[8] ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตวิทยาของผู้ป่วยโรคไตในประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เพราะลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมของชาวเอเชียที่มีบุคลิกไม่ค่อยแสดงออกและมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากนัก ทำให้ขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ จึงมีแนวโน้มในการมีส่วนร่วมการรักษาต่ำ รวมถึงผู้ป่วยเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่บางส่วนต้องออกจากงานเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะเศรษฐกิจครอบครัวที่ไม่ดีส่งผลต่อทางเลือกอาหารที่บริโภคได้น้อยและมีแนวโน้มในการเลือกอาหารราคาถูกที่มีเกลือสูง จากข้อจำกัดเหล่านี้จึงทำให้ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา เชาว์ไวย และคณะ[9] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเข้าใจเรื่องการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มผงชูรส ของหมักดอง แต่ยังมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนต้องล้างไต ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังไม่เข้าใจเรื่องระยะของโรคไตเรื้อรัง และไม่ทราบอาการอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง รวมถึงเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่จำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตสูง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน มีส่วนน้อยที่หาข้อมูลทางโทรทัศน์

หนังสือพิมพ์และอินเตอร์เน็ต จึงทำให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไตเรื้อรังย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เมื่อมีการปฏิบัติตนที่เหมาะจะส่งผลให้มีสุขภาพดี เมื่อมีสุขภาพดีย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว รายข้อมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้วที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมอยู่ด้วย ซึ่งความเสื่อมถอยของร่างกายจากอายุที่มากขึ้นร่วมกับโรคร่วมจึงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและได้รับแจ้งจากแพทย์จึงเกิดการรับรู้การเจ็บป่วย ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังโดยทีมแพทย์ เภสัชกร นักโภชนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่ยังไม่พบอาการและแสดงอาการที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี จึงส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับการปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น[10] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตด้านกิจกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การไปตรวจตามกำหนดเวลานัดของโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการไปตามนัดของโรงพยาบาลและรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะพยาบาลจะเน้นย้ำการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามค่าอัตราการกรองของไตว่าดีขึ้นหรือแย่ลง สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจะต้องมาตรวจดูค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิตว่าอยู่ระดับที่ปกติหรือไม่ ในทุกครั้งที่มีการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่า Creatinine, FBS, HbA1c แพทย์จะมีการบอกผลเลือดทุกครั้งว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือว่ามีค่าที่ผิดปกติสูง/ ต่ำเกินไป ด้านการรับประทานยาเภสัชกรจะมีการกำชับเรื่องการรับประทานยา เพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยามากกว่าคนที่การทำงานของไตปกติ เนื่องจากยาจะอยู่ในร่างกายได้นานและขับออกทางไตลดลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของลักขนา ชอบเสียง[4] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองและสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข จึงเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต ควบคุมอาหาร ควบคุมความดันโลหิตและควบคุมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด ป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อันจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารสุขจึงมีบทบาทสำคัญและเป็นกลไกกลางในการเชื่อมโยงในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการจัดการของครอบครัว เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และตอบสนองความยั่งยืนด้านนโยบายสุขภาพและยกระดับวิธีการการจัดการตนเองและครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการ

กับความเครียด โดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้วที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีความรู้ในการจัดการตนเองมาก่อนทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในความสำคัญของการเรียนรู้การจัดการตนเอง เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงส่งผลให้มีการปรับพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เพื่อลดอาการและภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนพวรรณ พินิจขจรเดช[11] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นาตยา ผลวิเศษ[12] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตมีระดับของความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยคู่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในด้านของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านของการรับประทานอาหาร (r = .895, sig =.000) โดยส่วนใหญ่พฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนในชนบทจะทำอาหารเองและบริโภคผักที่ทำการปลูกเอง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพโดยให้ข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ควรตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เพราะจากการศึกษาผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยการนำปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ให้ดียิ่งขึ้น

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ควรการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างง่ายให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เนื่องจากปัจจัยด้านการออกกำลังกายจะมีระดับคะแนนที่ต่ำกว่าปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ รวมไปถึงการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียดให้เป็นเรื่องง่ายและสามารถทำได้ทุกเวลา เช่น การยืดเหยียด การนวดด้วยตนเอง การใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ภายในบ้านเป็นอุปกรณ์การออกกำลังกาย

3. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการจัดกิจกรรมสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น โภชนาการเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วม

กิจกรรมพร้อมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง นอกจากนี้ควรมีการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการกระตุ้นเป็นแบบอย่างและชักชวนให้ผู้ป่วยร่วมปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองไปด้วยกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่ามีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

4. ผู้บริหารสาธารณสุขในทุกระดับของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว เพื่อได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิผลกับผู้ป่วยในทุกระยะ

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยครั้งนี้ และนำผลมาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล.(2565). โรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2565.

2.Ministry of Public Health Thailand.(2568). จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage (Work Load) ปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.

3.Ministry of Public Health Thailand.(2560). Service Plan สาขาไต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

4.ลักขนา ชอบเสียง.(2567). การจัดการตนเองและสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. 2567. Available from: http://web.bcnpy.ac.th/journal/images/file/pdf/year16no3/1.pdf

5.Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.(2014). Health promotion in nursing practice. 7th ed. London: Pearson; 2014.

6.Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-610.

7.นพพล ศรีทองใบ.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):219-229.

8.Natashia D, Yen M, Chen HM, Fetzer SJ.(2019). Self-management behaviors in relation to psychological factors and interdialytic weight gain among patients undergoing hemodialysis in Indonesia. J Nurs Scholarsh. 2019;51(4):417-426.

9.สุพัตรา เชาว์ไวย และคณะ.(2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(1):11-20.

10.ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, วารินทร์ บินโฮเซ็น.(2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2554;3(2):22-36.

11.ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นพวรรณ พินิจขจรเดช.(2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2564;27(1):81-95.

12.นาตยา ผลวิเศษ.(2567) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต. 2567. Available from: https://www.nationalhealth.or.th/th/node/4569

การพัฒนารูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

Development of an Inhibition Control Model on Eating Behavior by Community Participation for People with Type ๒ Diabetes in Khok Sung Distric, Sakaeo Province.

(Received: June 26, 2026; Revised: June 27, 2026; Accepted: June 30, 2026)

รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[1] รุ่งนภา สิทธิพล[1] ประภาสิริ หอนตะคุ[1] สมพงษ์ บุญณะอินทร์[1] อดิเรก ขุนสนิท[1] พนิดา ยอดผล[1] กรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์[1] อรวรรณ ตาพยุง[1] จำเนียร สุวรรณชาติ[2] ธงชัย ทองบู่[3] วรากร เกรียงไกรศักดา[4]

Rattanachai Phetsombut[1] Rungnapa Sitthiphon[1] Praphatsiri Hontakhu[1] Sompong Bunnain[1] Adirek Khunsanit[1] Panida Yodphon[1] Kannika Phetcharat[1] Orawan Taphayung[1] Jumnion Suwanchat[2] Thongchai Thongboo[3] Warakorn Kriangkraisakda[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมและศึกษาผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นตาม ในการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นาเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นหาสภาพปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การดำเนินงานตามรูปแบบ 4) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และ 5) การประเมินผลและสังเคราะห์องค์ความรู้ อาสาสมัครที่ใช้ในวิจัยได้แก่ คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ/ตำบล จำนวน 52 คน และผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 81 คน โดยมีเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาการดำเนินงาน 10 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ คือสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูงจังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเองเน้นการดูแลอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม 2) มีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อนมีคุณภาพ 4) มีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ 5) มีกลไก กระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูงและ 6) การร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, เบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมความรอบรู้ด้าน, รูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร

Abstract

Diabetes is a chronic non-communicable disease and is one of the top public health problems in all countries around the world. A healthy eating habit intervention has been reported to improve the blood glucose level in people with type 2 diabetes mellitus (T2DM). The purposes of this participatory action

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูง
[2] สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์
[3] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
[4] โรงพยาบาลพุทธโสธร

research were to develop and examine the impact of the food eating literacy model (FELM) on food eating literacy (FEL), eating behavior (EB), participatory behavior (PB), and HbA1c levels in people with uncontrolled T2DM in Khok Sung district, Sakaeo province. The research process consisted of five steps, including: 1) problem identification 2) development of an FEL model 3) planning and implementation 4) evaluation and assessment, and 5) knowledge management. These activities lasted over 12 months. The participants consisted of 52 health officers and NCDs board members who were purposive sampling for steps 1, 2, 3, and 5, and 81 uncontrolled T2DM patients were randomly selected for step 4. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t test was used for the inferential statistics. The qualitative data were analyzed by content analysis.

The result showed that an appropriate model of FEL included six components: 1) self-management support; 2) delivery system redesign; 3) supporting health care system; 4) health literacy program and information system; 5) health-care management term; and 6) community policies and resources. Moreover, the mean scores of the food eating literacy (FEL), eating behavior (EB), participatory behavior (PB) were significantly higher than before participating in the project at 6 months. Furthermore, the HbA1c levels were significantly reduced when compared to before participating condition at 6 months.

KEYWORDS: Community participation, Type 2 Diabetes mellitus, Eating behavior, Food eating literacy model

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2024 มีประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 422 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมหาศาล [1] ข้อมูลจาก International Diabetes Federation ระบุว่าในปี ค.ศ. 2024 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 20–79 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 6.36 ล้านคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 10.2 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 ขณะที่ข้อมูลผลการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2563–2567 พบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของประเทศไทยเท่ากับ 26.88, 28.25, 29.42, 29.51 และ 30.32 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิผลของการควบคุมโรคเบาหวานในระบบบริการสุขภาพยังอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน[2,3] เมื่อพิจารณาระดับพื้นที่ จังหวัดสระแก้วพบสถานการณ์ที่น่ากังวลเช่นเดียวกัน โดยข้อมูลตัวชี้วัด NCD Clinic Plus ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 32.02, 37.68, 34.98, 35.33 และ 35.70 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ในอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว แม้ผลการดำเนินงานจะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 30.38, 37.59, 43.36, 44.81 และ 48.44 ตามลำดับ และยังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในระยะยาว[4]

การควบคุมอาหารถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยระบุว่าการควบคุมอาหารอย่างเหมาะสมสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ประมาณร้อยละ 0.5–2.0 และช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระบบหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่[5] อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจเลือกอาหาร และขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน[6] แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดย Sorensen และ Nutbeam อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม[7] งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ แต่ผลลัพธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อขาดระบบสนับสนุนจากชุมชนและระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ[8]

ขณะเดียวกัน แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ของ Wagner เสนอว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกัน 6 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากชุมชน ระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบข้อมูลสุขภาพ การออกแบบระบบบริการ และการตัดสินใจทางคลินิก[9] แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีข้อจำกัดของงานวิจัยในประเทศไทยที่บูรณาการการพัฒนาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม[10]

อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมเฉพาะ ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังพบปัญหาการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ขาดระบบติดตามต่อเนื่อง และยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยบริการสุขภาพเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่เพียงมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาล ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และสร้างต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในประเด็น ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวาน 6 เดือน

2.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวาน 6 เดือน

2.3 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวาน 6 เดือน

3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานของการวิจัย

1. รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม

2. ภายหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรอบรู้ด้านมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร

3. ภายหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร

4. ภายหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative-driven Mixed Methods) เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยอาศัยแนวคิดของ Creswell และ Edmonds & Kennedy ในการออกแบบกระบวนการวิจัย[11,12]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับตำบลจำนวน 4 ตำบล ตำบลละ 15-20 คน ในแต่ละชุด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการคลินิกโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ตัวแทนจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10-15 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- มีประสบการณ์การทำงานโรคเบาหวานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- มีผลงานเป็นที่ประจักษ์
- มีความสามารถในการให้ข้อมูลและสมัครใจในการให้ข้อมูล
- มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปี
- มีผลการดำเนินงาน/เป็นแกนนำในการดำเนินงานที่เป็นที่ประจักษ์

2. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการฝึกความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และขั้นตอนที่ 4 การถอดทบเรียน ได้แก่ คณะทำงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ และระดับตำบล (NCDs Board) ที่แต่งตั้งขึ้น จำนวน 35-40 คน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อีกจำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมจำนวน 50 คน โดยกระบวนพัฒนารูปแบบใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ประเมินการมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน (After Action Review) [13,14] โดยอาสาสมัครมีคุณสมบัติดังนี้

- มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลเป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปี

- มีผลการดำเนินงาน/เป็นแกนนำในการดำเนินงานที่เป็นที่ประจักษ์

- มีความมุ่งมั่นในการสนับสนุนการพัฒนางาน

3. กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลโครงการโดยการประเมินผลลัพธ์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโปรแกรม G*power ใช้กลุ่มสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05% อำนาจการทดสอบ .95 ขนาดอิทธิพล .04สุธีวรรณาและคณะ[8] ระดับความเชื่อมั่น .95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน โดยใช้การการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยการ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเป็นสัดส่วน จากประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4 ตำบล 2) จัดทำรายชื่อ จับฉลากแบบไม่ใส่คืนจำแนกรายตำบลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

ตำบล	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งสิ้น (คน)	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (คน)
โคกสูง	467	26.58	22
หนองแวง	479	27.26	22
หนองม่วง	401	22.82	18
โนมหมากมุ่น	410	23.34	19
รวม	1,757	100.00	81

โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

- เป็นผู้ป่วยเบาหวาน HbA1c >7% อาศัยอยู่ในพื้นที่และร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด

- มีสติสัมปชัญญะครอบถ้วน สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

- มีผลการตรวจระดับน้ำตาล HbA1c ครบ 2 ครั้งห่างกัน 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยโดยการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครอบคลุมประเด็นศึกษาประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการ 2) รูปแบบการปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ตามองค์ประกอบ CCM 3) การจัดการด้านสนับสนุนการดำเนินงาน 3) โปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 4) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการ และ 5) เบาหวานชนิดที่ 2

2. แบบประเมินความเหมาะสมสำหรับรูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความเป็นไปได้ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความเหมาะสมจำนวน 10 ข้อ 3) ด้านความถูกต้อง จำนวน 8 ข้อ 4) ด้านความครอบคลุมจำนวน 8 ข้อ และ 5) ด้านความเป็นประโยชน์จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับมีค่า IOC เท่ากับ 1

3. แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้สำหรับประเมินรูปแบบการดำเนินงานโดยการพัฒนาขึ้นจากแนวทางการพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาลของสุจิตรา เทียนสวัสดิ์[15] และจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จำเนียร สุวรรณชาติ

และคณะ[16] โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาสาสมัครในเขตอำเภอวังน้ำเย็น จำนวน 40 ราย โดยแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ทีข้อคำถาม 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถาม ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ มีค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่าของครอนบารค เท่ากับ 0.97 และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 31 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อ มีค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่าของครอนบารค เท่ากับ 0.92 การแปลผลพฤติกรรมความรอบรู้ด้าน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลของเบส (Best) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดี ปานกลาง ต่ำ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร จำนวน 23 ข้อ ทุกข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถในการมีสมาธิ จิตใจจดจ่อในการปฏิบัติ มีข้อคำถาม 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถในการอธิบาย และสะท้อนความเข้าใจตนเอง มีข้อคำถาม 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 ความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง มีข้อคำถาม 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการสร้างพฤติกรรมใหม่ มีข้อคำถาม 6 ข้อ

3.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อคำถาม จำนวน 31 ข้อ รวม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารแบบควบคุมไม่ได้ จำนวน 6 ข้อคำถาม 2) การบริโภคอาหารแบบจำกัดอาหาร 6 ข้อคำถาม 3) การบริโภคอาหารตามอารมณ์ 6 ข้อคำถาม 4) การบริโภคอาหารตามสังคม 4 ข้อคำถาม 5) การบริโภคอาหารแบบวางแผนล่วงหน้า 3 ข้อคำถาม และ6) การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ 6 ข้อคำถามและผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 การประเมินผลรายข้อแบ่งออกเป็น 5 คะแนน ตามความถี่ของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

4. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สำหรับการถอดบทเรียน เป็นข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงาน NCDs คลินิกคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับตำบล/หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง กับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมประเด็นศึกษาประกอบด้วย 1) ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน 2) ระบบการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน 3) แนวทางการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน 4) ปัญหาและอุปสรรคในการบริการด้านสุขขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน 5) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน และ 6) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน

5. แบบสอบถามการมีส่วนร่วม สำหรับคณะกรรมการและคณะทำงาน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ พัฒนาโดยจุฑามาศ พันสวรรค์[17] ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยนำไปทดสอบกับคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่ออำเภอวังน้ำเย็น จำนวน 30 ราย โดยใช้ค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่าของครอนบารค เท่ากับ 0.84 แบ่งคำถามออกเป็น จำนวน 4 หมวด 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มและตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 2) การมีส่วนร่วมดำเนินการ จำนวน 5 ข้อ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 5 ข้อ

6. เครื่องมือตรวจวัด ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยใช้โลหิตจากเส้นโลหิตดำที่แขน ดำเนินการเจาะเลือดตามมาตรฐานคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล[18]

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ใช้ระยะการดำเนินวิจัยทั้งสิ้น 10 เดือน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและความต้องการ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกระบวนการค้นหาปัญหาด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวาน โดยใช้กระบวนการค้นหาปัญหาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่จำเป็นตามองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง การประชุมกลุ่มย่อย การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการประชาคมหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการฝึกความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดจุดมุ่งหมายของการพัฒนารูปแบบ 3) ออกแบบกิจกรรมปรับพฤติกรรมตามแบบจำลองระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และให้สอดคล้องบริบทของผู้ป่วย 4) นำกิจกรรมที่ออกแบบแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ หากตรวจสอบแล้วไม่ผ่านให้กับไปดำเนินการในขั้นที่ 1 ถึง 3 และ 5) จัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงจาก แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของจำเนียร สุวรรณชาติ และคณะ[16] นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน ในเขตพื้นที่สาธารณสุขอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ การปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ กำหนดนโยบายและถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ 2) การปรับปรุงระบบบริการและพัฒนาบุคลากร 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารแก่กลุ่มเป้าหมาย และจัดทีม อสม.พี่เลี้ยงสนับสนุน 4) การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล และการถอดบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบ การประเมินประสิทธิผลรูปแบบใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร และการประเมินผลการมีส่วนร่วมจากคณะทำงานและผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนการประเมินผลรูปแบบ ใช้การประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และสังเคราะห์รูปแบบใช้เทคนิคการถอดบทเรียนหลังการทำงาน (After Action Review)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples T test วิเคราะห์ขนาดอิทธิพลโดยใช้การคำนวณขนาดอิทธิพล d (Cohen ‘s Effect Size) ขนาดอิทธิพลภายในกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จาก ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ 6 เดือนกับระยะก่อนการทดลอง หารด้วยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนการทดลองตามวิธีของ Cohen et al.,[19]

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis) โดยอาศัยเทคนิคหลักในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนแนวคิดตามข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) การวิเคราะห์เพื่อแสดงตัวอย่างและ 3) การวิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มแนวคิด เพื่อตรวจสอบความแม่นตรงของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าสุภางค์ จันทวานิช[20] แสวงหาความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) และการตรวจสอบด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) นอกจากนี้เพื่อยืนยันแหล่งข้อมูลและชี้ให้ถึงความน่าสนใจของข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอถ้อยคำหรือข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลตรง (Quotation) ซึ่งถือเป็นการเพิ่มอรรถรสในการอ่านด้วย

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ SKPHO38/2568 ลงวันที่ 4 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

คุณลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.95 สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกันร้อยละ 72.84 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.30 อาชีพส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.44 และมีระดับฐานะพอมีพอกิน (มีรายได้ 15,000–20,000 บาทต่อปี) ร้อยละ 66.67 มีรายได้เฉลี่ย 6,529.63 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,336.23 ด้านระยะเวลาการป่วย ส่วนมากมีระยะเวลาป่วยระหว่าง 5–10 ปี ร้อยละ 38.27 ค่าเฉลี่ย 9.32 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.03 ระดับน้ำตาล HbA1c ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 7–8% มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.12% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 ระดับ BMI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ อ้วนระดับที่ 2 (ค่า BMI 25–29.9) ระดับความดันค่าบน เฉลี่ย 132.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.57 ระดับความดันค่าล่าง เฉลี่ย 77.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.46 มีสุขภาพจิตระดับเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 74.07 ทุกคนไม่มีภาวะซึมเศร้า ด้านการออกกำลังกาย ส่วนมากมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 50.62 โดยมีระยะเวลาการออกกำลังกายส่วนใหญ่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 69.10 และเป็นการออกกำลังกายแบบเบาๆ (ช่วงออกกำลังกายร้องเพลงได้) ร้อยละ 78.57 ด้านการรับประทานยา มีผู้เป็นเบาหวานรับประทานยา Glipized ส่วนใหญ่รับประทาน ร้อยละ 64.20 ส่วนมากรับประทานขนาด 20 mg/วัน ร้อยละ 25.93 ด้านยา Metformine ส่วนใหญ่รับประทาน 96.30 โดยส่วนมากรับประทานขนาด 2,000มิลลิกรัมต่อวัน ยาฉีด Insulin มีผู้ใช้คิดเป็นร้อยละ 17.28 โดยส่วนมากมีการฉีด ระหว่าง 10–20 ยูนิต และระหว่าง 30–50 ยูนิต ร้อยละ 33.33 มีการใช้ยา Metformine ร่วมกับยา Glipized ร้อยละ 64.20 การใช้ยาลดไขมัน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.00 ใช้ยา Simvastin ขนาดวันละ 20 มิลลิกรัม ร้อยละ 100 มีการใช้ยา Gemfibrozil ร้อยละ 9.88 โดยใช้ขนาด 600 มิลลิกรัม ร้อยละ 100

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ระยะก่อนการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านในระปานกลาง ร้อยละ 66.67 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 29.63 หลังการใช้รูปแบบกลุ่มกลุ่มมรตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านในระดับสูงขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.84 ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.16 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านในระดับต่ำ เมื่อนำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายองค์ประกอบ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแยกองค์ประกอบและคะแนนเฉลี่ยรวมทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ภายในกลุ่มใช้รูปแบบ และกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนการใช้

รูปแบบและหลังการใช้รูปแบบ โดยการวิเคราะห์ Paired t-test เพื่อทดสอบสมมุติฐานทางเลือกที่ว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรอบรู้ด้านภายในกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม มีการแจกแจงข้อมูลปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ผลการวิเคราะห์พบว่า มีระดับนัยสำคัญมากกว่า.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จึงดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired–*t* test และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพล โดยวิเคราะห์คะแนนรวม และจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความรอบรู้ด้านเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มใช้รูปแบบมีขนาดอิทธิพลระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร จำแนกรายองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มใช้รูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 – 4 ระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารทั้ง 2 วิธี สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ทุกองค์ประกอบ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการวิเคราะห์ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการใช้รูปแบบ และหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มใช้รูปแบบ โดยการแจกแจงความถี่ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ระยะก่อนการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.90 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 32.10 ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ยังคงมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.89 และระดับปานกลางลดลงเหลือดร้อยละ 11.11

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการใช้รูปแบบและระยะหลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระยะก่อนการใช้รูปแบบและหลังการใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มใช้รูปแบบที่ระดับ .01 โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกรายองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกองค์ประกอบ ยกเว้นองค์ประกอบที่ 3 การบริโภคตามอารมณ์ ซึ่งไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

ผลการเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c พบว่า หลังการฝึกโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มใช้รูปแบบ ลดลงมากที่สุดร้อยละ 0.93 ที่ระดับ .01 มีขนาดอิทธิพลในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดค่าระดับน้ำตาล HbA1c ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบกับหลังการใช้รูปแบบ พบว่ารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านมีประสิทธิผลในการลดค่า HbA1c ได้

การประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วม จากคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน พบว่า พบว่า ระดับการมี

ส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.35 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างด้านการริเริ่มและการตัดสินใจการดำเนินโครงการมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาได้แก่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และการรับผลประโยชน์จากการพัฒนารูปแบบ ซึ่งการมีส่วนร่วมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) สามารถนำมาใช้พัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการ การพัฒนาระบบสนับสนุนการรักษา ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ กลไกการบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Edward H. Wagner ที่ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นเมื่อทีมผู้ให้บริการมีความพร้อมและผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของณิสาชล นาคกุล[21]และ Malanda et al[22] ที่พบว่าการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ป่วยร่วมกับการติดตามแบบรายบุคคลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคเรื้อรังได้

ผลการศึกษายังพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมครสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการติดตาม ให้คำแนะนำ และเสริมพลังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งการบันทึกรายการอาหาร การติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Jiang, He, Guan, & He[23] ที่อธิบายว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายชัดเจนและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์พร ปัญญาเลิศ และคณะ[24] ที่พบว่าการกำกับตนเองร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะด้านการควบคุมปริมาณอาหารและการบริโภคตามหลักโภชนบำบัด ทั้งนี้เป็นผลจากผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร มีเป้าหมายในการปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถกำกับตนเองในการเลือกอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิติยากร คล่องดี และคณะ[25] รวมทั้งจำเนียร สุวรรณชาติ และคณะ[16] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองสามารถพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.79 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบติดตามต่อเนื่องสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกได้จริง ผลการศึกษานี้

สอดคล้องกับการศึกษาของคำแปลง ศรีชัง[26]ที่พบว่าการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยลดระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการร่วมริเริ่มและการตัดสินใจ สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับการประยุกต์ใช้ CCM ช่วยเสริมสร้างการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[27] ที่พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภาวดี พันธ์หนองโพน และคณะ[28] ที่รายงานว่าการใช้ CCM ในคลินิกโรคเบาหวานสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างชัดเจน มีวินัยในการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ลดการใช้ยา และเพิ่มโอกาสเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ

2) ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อสนับสนุนการเลือกอาหาร การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

3) ชุมชนควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ส่งเสริมร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ และสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน

4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และทรัพยากรที่จำเป็น เช่น เครื่องตรวจน้ำตาล แถบตรวจน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต และค่าตอบแทนทีมพี่เลี้ยง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง

5) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันปัญหาโรคเบาหวานเป็นประเด็นสำคัญระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานของหน่วยงานด้านสุขภาพ ฝ่ายปกครอง พัฒนาชุมชน เกษตร ปศุสัตว์ การศึกษา และภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารและลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

6) หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดตั้งคณะทำงานที่ชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ แนวทางปฏิบัติ ระบบสนับสนุน การประเมินผล และการรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมพัฒนาทักษะบุคลากรด้านการบริการ การใช้เทคโนโลยี การสื่อสาร และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

7) สถานบริการสุขภาพควรมีทีมสหวิชาชีพรับผิดชอบงานเบาหวานอย่างชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ระบบส่งต่อ ระบบรายงานผล ระบบเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ และใช้กระบวนการสอนงานหรือ Coaching เพื่อเพิ่มทักษะผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2) ควรเพิ่มการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3) ควรศึกษาผลของรูปแบบต่อการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

4) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต ปีสุขภาพดี และอายุคาดเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization; 2024.
2.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2024.
3.วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5.Diabetes Association of Thailand. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2566.
6.จิตติพร ศรีษะเกตุ, พรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, วิริยา โพธิ์ขวาง ยุสท์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11(2):156-170.
7.Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. J Gen Intern Med. 2013;28(3):444-452.
8.สุธีย์ วรรณา. การเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังใหม่. วารสารชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. 2565;5(3):74-84.
9.ศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):55-69.
10.จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, พิสมัย ไชยประสบ, ดรุณี มั่นใจวงค์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(5):804-812.
11.Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009.
12,Edmonds WA, Kennedy TD. An applied reference guide to research designs. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2017.
13.นิรมล เมืองโสม. แนวคิดการทบทวนการทำงาน (After Action Review) เพื่อพัฒนางานการเรียนการสอนและการวิจัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
14.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความ และการหาความหมาย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
15.สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา; 2562.
16.จำเนียร สุวรรณชาติ, กนก พานทอง, ยุทธนา จันทะขิน. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(เพิ่มเติม 3):S491-S500.
17.จุฑามาศ พันสวรรค์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2562.
18.ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
19.Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20.สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
21.ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(3):36-50.

22. Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SDM. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. Cochrane Database Syst Rev. 2012;1:CD005060. doi:10.1002/14651858.CD005060.pub3.

23. Jiang Q, He D, Guan W, He X. Happy goat says: The effect of a food selection inhibitory control training game on children's response inhibition and eating behavior. Appetite. 2016;107:86-92. doi:10.1016/j.appet.2016.07.030.

24.สุรีย์พร ปัญญาเลิศ, นิรัตน์ อิมามี, วรากร เกรียงไกรศักดา. การกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองชะโด จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขศึกษา. 2560;40(1):69-81.

25.กิติยากร คล่องดี, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2562;25(3):326-339.

26.คำแปลง ศรีซ้ง. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):181-193.

27.อติญาณ์ ศรเกษรตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, สถาพร แถวจันทึก, วารุณี เกตุอินทร์, วิไลวรรณ คมขำ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(1):85-99.

28.ศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):55-69.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - July 2026

Part VI

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 6

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก 1579
พุฒิพงศ์ มากมาย ,ศโลชา เชื้อดี ,คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ ,สมพงค์ คำสาร ,วลัยลักษณ์ วิทย์กิตติลักษณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก 1586
สมพงค์ คำสาร ,ศโลชา เชื้อดี ,คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ ,พุฒิพงศ์ มากมาย ,วลัยลักษณ์ วิทย์กิตติลักษณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย 1593
รสสุคนธ์ นามวัฒน์ ,จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร

การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร 1602
อัจฉราวดี บุญทศ ,จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร

ประสบการณ์การรับรู้ ความเข้าใจ และช่องว่างความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาของวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม : การวิจัยเชิงคุณภาพ 1612
สุพัฒน์ชัย ปราบศัตรู ,ณัฏยา อ่อนผิว ,กมลนัทธ์ คล่องดี ,ณิชาพร ทิพสิงห์ ,จรินทร โคตรพรม ,เปรียบแก้ว ฝาระมี พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน ,กุลธิดา ยะสะกะ ,นริฏา ฟักแก้ว

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 1623
วีระวุฒิ ศรีอำนวย ,พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์ ,นงลักษณ์ โคกสีอำนวย ,มัตติกา พิมพ์ชารี ,ปรียาดา ผิวพันธมิตร

การพัฒนาศักยภาพร้านขายยาในจังหวัดนครพนมด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ..... 1635
พรพิทักษ์ กอมสิน และณัฐนิชา อาจแก้ว

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว 1646
วรรนิภา เกลี้ยงสุวรรณ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี 1656
คณาพร สื่อดวงจิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตร่วมกับโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา..... 1667
วันทนา ศิริสวัสดิ์

ผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 1681
จรัสศรี อาจศิริ ,ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ,กานติมา ธาตุวิสัย

การพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะกลาง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี 1696
ช่อทิพย์ ชาวเขาดิน

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย 1710
จรัสศรี อาจศิริ ,ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ,ณัฐริการ์ อึ้งสวัสดิ์

การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Cephalopelvic Disproportion (CPD) ในหญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลระนอง 1725
นัยนา ทองสกุล

ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี 1737
อภิเดช พรหมคุ้ม

การพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย 1750
ภาวิศา การัตน์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 1765
อรนิษฐ์ แสงทองสุข

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร 1773
รัชนี บรรจง

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569
VOL.11 NO.2 April - June 2026
Part 6

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม 1784
ภูนีรัตน์ ลี้พล

บทบาทใหม่ในโลกใบเดิม: การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนโดยสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขและเครือข่ายสตรี 1791
บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กร เพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต 1801
สุนันทา ขจรรุ่งเรือง

การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ 1811
สุวรรณี บุญพูนเลิศ

ประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานต่อความตั้งใจในการเลิกเสพและ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เข้ารับการบำบัดแอมเฟตามีน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 1822
พศิษฎ์ เสริมสาย ,กุญฤดี โง้วศิริ ,ลิหล่า ศรีพวงเพิด ,พัชยา ดวงแสนโว ,สุธิพงษ์ สีสมสอน

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ 1831
ณัฐพงษ์ โพธิบุตร , พุทธิไกร ประมวล

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน จังหวัดพัทลุง 1843
พินิจสินธุ์ เพชรมณี ,เด่นดัง จำเริญ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 42 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความได้เปรียบในการแข่งขันและผลการดำเนินงานทางธุรกิจ ของธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ จากการคัดกรองเชิงรุกสู่การส่งต่อรักษาแบบไร้รอยต่อ การส่งเสริมความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในห้องคลอด ประเมินต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลผ่าน LINE Official Account สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชันซินโดรม ความสัมพันธ์แบบพี่น้องร่วมบิดามารดาในงานนิติวิทยาศาสตร์โดยใช้ Autosomal STR และ Likelihood Ratio การก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน การให้บริการที่มีต่อการตัดสินใจใช้บริการธุรกิจฟิตเนสเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลากหลายทางชีวภาพของพืช ในป่าพรุโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การแก้ไขพัฒนาการล่าช้าเด็กปฐมวัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง คุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

Factors effecting to drug used behavior among hypertension patients in Mai Ngam Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province.

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

พุฒิพงศ์ มากมาย[1] ศโลชา เชื้อดี[2] คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์[2] สมพงศ์ คำสาร[2]วลัยลักษณ์ วิทย์กิตติลักษณ์[2]
Phutthipong Makmai[1] Salocha chuadee[2] Kanitsak Chantrapipat[2] Sompong Khamsarn[2] Walailuck Witkittiluck[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวน 399 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยา การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (67.59%) ($\bar{}$=3.83, S.D.=0.35) แรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (95.83%) ($\bar{}$=4.23, S.D.=0.69) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยนอยู่ในระดับสูง ($\bar{}$=4.35, S.D.= 0.415) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.260, P-value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.249, P-value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรม, การใช้ยา, การรับรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to study factor associated with drug used behavior among hypertension patients in Mai Ngam Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province. Population in this study consisted of 399 hypertension patients in Mai Ngam Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province, in fiscal year 2025. Data collected by questionnaires composed of 4 parts; including characteristic, health perception, social support and drug used behavior. In addition to, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.75. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient.

The result showed that health perception classified in high level (67.59%) ($\bar{}$=3.83, S.D.=0.35) social support classified in high level (95.83%) ($\bar{}$=4.23, S.D.=0.69) and drug used behavior classified in high level ($\bar{}$=4.35, S.D.=0.415), respectively. An association analyzed found that factor was positively associated with drug used behavior among hypertension patients in Mai Ngam Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province with statistic significant including; health perception (r=0.260, P-value<0.001) social support (r=0.249, P-value<0.001), respectively.

Keyword: Hypertension, Behavior, Drug used, Health perception

[1] คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

[2] คณะเภสัชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ แม้ว่าโรคความโลหิตสูงจะสามารถป้องกันได้ แต่กลับมีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง โรคความดันสูงมักจะไม่มีอาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณ 90-95% แพทย์จะตรวจไม่พบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” (Essential hypertension) และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนน้อยประมาณ 5-10% แพทย์อาจตรวจพบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ”[1] ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ อายุ เมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะสูงมากขึ้น ซึ่งเพศชายมักเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าเพศหญิง ประวัติทางการแพทย์ของครอบครัวเป็นอีกสาเหตุหลักของโรคความดันโลหิตสูงมักเกิดการส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นผ่านทางพันธุกรรม เชื้อชาติซึ่งชาวแอฟริกัน-อเมริกัน มักจะมีความดันโลหิตสูงเมื่ออายุมากขึ้นเมื่อเทียบกับคนผิวขาว การมีพฤติกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมต่ำ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก การสูบบุหรี่ จิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด และโรคต่าง ๆ เช่น โรคไต โรคเบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น[2]

สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตเขตอำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่า ปี พ.ศ.2565-2567 มีจำนวนประชากรเท่ากับ 41,305 40,072 และ39,939 คน ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6,417 6,648 และ 6,794 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 15.54 16.59 และ17.01 ตามลำดับ สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตในเขตเขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก พบว่า ปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนประชากรเท่ากับ 5,450 5,213 และ5,224 คน มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 743 774 และ 790 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 13.63 14.85 และ 15.12 ตามลำดับ[3] การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีอาการไม่มาก แพทย์เฉพาะทางจะเน้นในเรื่องการปรับพฤติกรรม เช่น การลดน้ำหนัก เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ ธัญพืช ปลาและนมไขมันต่ำ ระมัดระวังการรับประทานอาหารหวาน ไขมัน ควบคุมอาหารรสเค็ม ลดความเครียด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่และเหล้าและหากความดันโลหิตยังสูงแพทย์จึงให้รับประทานยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต แต่การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่แต่ก็ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีคุณภาพ หรืออุปสรรคที่ต้องใช้ยารวมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้[4] หากผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่หลอดเลือดและอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกายของผู้ป่วยเกิดความเสียหายจนเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มมากขึ้น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในเรื่อง การใช้ยา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีคุณภาพหรืออุปสรรคที่ต้องใช้ยารวมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้[4] ส่งผลทางด้านร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก พบว่า การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ถูกต้องตามหลักการ การหลงลืมในการรับประทานยา ทำให้เกิดการปรับขนาดยาเองตามใจชอบมักมีความเชื่อที่ว่ารับประทานยามากไม่ดี เมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็หยุดยาเอง ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง บางรายนำยาของผู้อื่นมารับประทานยา หรือให้ยาแก่ผู้อื่นที่เป็นโรคเดียวกัน รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา การใช้ยาซ้ำซ้อนเนื่องจากไปรักษาหลายสถานดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เพื่อที่จะได้นำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวน 399 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีระดับความดันโลหิตช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือระดับความดันโลหิตช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การคัดออก คือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Daniel[5] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 216 คน ใช้การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว สิทธิ์การรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากบุคลากรทางแพทย์ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความ

คิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ใช้ยาให้ถูกบุคคล (Right patient) ใช้ยาให้ถูกโรค (Right drug) ใช้ยาให้ถูกวิธี (Right route) ใช้ยาให้ถูกขนาด (Right dose) ใช้ยาให้ถูกเวลา (Right time) ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามการปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W[6] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) (คะแนน1.00–2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (คะแนน IOC เท่ากับ 0.67-1.00) และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[7] เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นจังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0131/2568 ลงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ.2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.26%) มีอายุระหว่าง 61–70 ปี (44.91%) และอายุต่ำกว่า 50 ปี (13.89%) ($\bar{}$=62, S.D.=10.60, Min=38, Max=75) สถานภาพคู่สมรส/อยู่ด้วยกัน (65.28%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (65.74%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (47.22%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,001–2,999 (41.20%) ($\bar{}$=4,888, S.D.=7,209) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 5 ปี (48.15%) ($\bar{}$=7.52, S.D.=5.94) ระดับความดันโลหิตตัวบนพบว่าส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 121–139 มม.ปรอท (51.85%) ระดับความดันโลหิตตัวล่างส่วนใหญ่อยู่ ≤ 80 มม.ปรอท (56.94%) นอกจากนี้พบว่ามีประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (60.65%) และไม่มี (39.35%) สิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) (85.65%) รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ (11.11%) และสิทธิประกันสังคม (3.24%)

ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (67.59%) ($\bar{}$=3.83, S.D.=0.35) แรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (95.83%) ($\bar{}$=4.23, S.D.=0.69)

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ใช้ยาให้ถูกบุคคล (Right patient) ใช้ยาให้ถูกโรค (Right drug) ใช้ยาให้ถูกวิธี (Right route) ใช้ยาให้ถูกขนาด (Right dose) ใช้ยาให้ถูกเวลา (Right time) ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยนอยู่ในระดับสูง ($\bar{}$=4.35, S.D.=0.415)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ (r= 0.260, P-value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.249, P-value<0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

ตัวแปรอิสระ	r	P-value
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.260	<0.001
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง	0.175	0.010
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	0.281	<0.001
- การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	0.166	0.020
- การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา	0.153	0.030
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.249	<0.001
- การสนับสนุนจากบุคลากรทางแพทย์	0.387	<0.001
- การสนับสนุนจากครอบครัว	0.203	0.003
- การสนับสนุนจากชุมชน	0.145	0.060

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ประกอบด้วย ใช้ยาให้ถูกบุคคล ใช้ยาให้ถูกโรค ใช้ยาให้ถูกวิธี ใช้ยาให้ถูกขนาด ใช้ยาให้ถูกเวลา โดยพฤติกรรมการใช้ยา ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยนอยู่ในระดับสูง ($\bar{}$=4.35, S.D.=0.415) เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อความรู้สึกนึกคิด เจตคติและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของโอเร็ม[8] ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เกิดขึ้น เป็นการดูแลที่เกิดจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน อย่าปล่อยให้อ้วนเพราะจะทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้นด้วยการควบคุมอาหาร โดยการกำหนดปริมาณและชนิดของอาหารให้เหมาะสมและยึดหลักการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการดูแล สุขภาพที่จำเป็นโดยการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เป็น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชฎากร บุญสิน และคณะ[9] พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบูรณ์ มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{}$=4.42, S.D.=0.50)

การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่า รับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้า

ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม[10] ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชฎากร บุญสิน และคณะ[9] พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.003)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing) เป็นการเสริมหรือสร้างแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำหรือเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจการเอาเป็นเนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing) เป็นการเสริมหรือสร้างแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำหรือเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจการเอาเป็นแบบอย่าง การตำหนิติเตียน การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมาก[7] ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราพร สินธุพรหมและคณะ[11] พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.024) และสอดคล้องกับการวิจัยของ ธัญรดี ปราบริปู[12] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนของครอบครัว (r=0.249, P-Value< 0.05)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลในพื้นที่ ควรมีกิจกรรมส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ของโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสม พร้อมส่งเสริมพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อกระตุ้นให้ทางชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมการใช้ยาให้ดีมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2567). ความดันโลหิตสูงเสี่ยงโรคร้ายถามหา. สืบค้น 18 มีนาคม 2569.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร. 2. โรงพยาบาลเมดพาร์ค. (2556). ความดันโลหิตสูง (Hypertension). สืบค้น 18 มีนาคม 2569.

4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์ทริค ธิงค์.
5. Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons.
6. Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.
7. Cronbach.(1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.
8. Green, L. W. and Kreuter, M.W.(1991). Health promotion planning: and environmental approach. Toronto : Mayfied Publishing.
9. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
10. ชฎากร บุญสิน, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. (2564). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 2(2), 17-27.
11. Rosenstock, I.M. (1974). Historical originals of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2: 1-9.
12. จิราพร สินธุพรหม, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก; 10(2): 81-93.
13. ธัญรดี ปราบริปู. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 32(2), 184-194.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

Factor association with Herbal Medicine Used Behavior towards Self-care among Elderly in Nakhonthai District, Phitsanulok Province.

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

สมพงค์ คำสาร[1] ศโลชา เชื้อดี[1] คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์[1] พุฒิพงศ์ มากมาย[2] วลัยลักษณ์ วิทย์กิตติลักษณ์[1]
Sompong Khamsarn[1] Salocha chuadee[1] Kanitsak Chantrapipat[1] Phutthipong Makmai[2]
Walailuck Witkittiluck[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประชากรคือ ผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวน 1,651 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค 0.815 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (84.32%) ทัศนคติมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (90.68%) และการรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (88.98%) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้ (r=0.158, P-value=0.015) ทัศนคติ (r=0.334, P-value<0.001) และการรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.125, P-value=0.034) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การใช้ยาสมุนไพร, ความรู้, ทัศนคติ, การรับรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to study factor associated with herbal medicine used behavior towards Self-care among Elderly in Nakhonthai District, Phitsanulok Province. Population in this study consisted of 1,651 Elderly in Nakhonthai District, Phitsanulok Province, in fiscal year 2025. Data collected by questionnaires composed of 5 parts; including characteristic, knowledge, attitude, health perception and herbal medicine used behavior. In addition to, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.815. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient.

The result showed that knowledge classified in high level (84.32%) attitude classified in high level (90.68%) and health perception classified in high level (88.98%), respectively. An association analyzed found that factor was positively associated with herbal medicine used behavior towards Self-care among Elderly in Nakhonthai District, Phitsanulok Province with statistic significant including; knowledge (r=0.158, P-value=0.015) attitude (r=0.334, P-value<0.001) health perception (r=0.125, P-value=0.034), respectively.

Keyword: Elderly, Herbal Medicine Used, Knowledge, Attitude, Health perception

[1] คณะเภสัชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
[2] คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บทนำ

สังคมสูงวัย คือ สังคมที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สังคมไทยมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 65 ปีขึ้นไป ประมาณ 95% จะทยอยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเป็น 25% ของจำนวนประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ.2583 เป็นสังคมผู้สูงอายุ[1] ปัญหาสุขภาพอันดับต้นของสังคมในขณะนี้คือ โรคจากพฤติกรรมทางสุขภาพ คือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ทำให้เห็นภาพปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยที่แนวโน้มยังคงต้องได้รับการแก้ไข เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมมีกิจกรรมทางกายและการกินผักผลไม้ไม่เพียงพอฯลฯ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุ รองลงมาคือโรคเกาต์ (ร้อยละ 5.8) โรคหอบหืด (ร้อยละ 4.8) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 3.9) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 2.9) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 1.2) ซึ่งความชุกแหล่านี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพข้างต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่ออุบัติการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันเป็นภาระของผู้ป่วย ครอบครัวสังคม และระบบบริการสุขภาพ[2] ในวัยสูงอายุมักพบปัญหาด้านสุขภาพที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุบางท่านมียารักษาโรคประจำตัวและการใช้ยาตามกลุ่มอาการ/โรคที่เกิดขึ้นระหว่างวัน นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรมารับประทานในแต่ละวันอีกด้วย

ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529 จนถึงแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564 เพื่อให้ประชาชนเข้าใจและเข้าถึงยาสมุนไพรตลอดจนการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้คงไว้สู่รุ่นลูกหลานต่อไป หนึ่งในแผนงานที่สำคัญของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขต่อบทบาทของสมุนไพรไทย คือ การกำหนดการใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังส่งเสริมและเผยแพร่การใช้สมุนไพรในระดับสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนได้นำสมุนไพรไปใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ตามหลักการที่ว่า “เจ็บป่วยคราใด ใช้ยาไทยก่อนไปพบแพทย์” หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถใช้สมุนไพรดูแลรักษาตนเองก่อนที่จะตัดสินใจไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน จากนโยบายสู่การปฏิบัติทำให้มีกระแสสังคมและการยอมรับในสมุนไพรมากขึ้น ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายและการพึ่งพายาจากต่างประเทศ ตลอดจนมีรายงานด้านมูลค่าการบริโภควัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร (ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร) ภายในประเทศเพิ่มขึ้นทุกปี[3] ในปัจจุบันมรการโฆษณาจำหน่ายยาสมุนไพรหลากหลายช่องทางทั้งทางโทรทัศน์และสื่อโซเชียลมีเดียต่างๆ เช่น Facebook TikTok และ Line เป็นต้น ทำให้ประชาชนเข้าถึงและเสาะแสวงหาจัดซื้อยาสมุนไพรได้ล่าย อย่างไรก็ตามการใช้สมุนไพรจะต้องอยู่บนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง พิจารณาถึงข้อบ่งใช้และข้อควรระวังในการรับประทานหรือใช้ยาสมุนไพรเกินความจำเป็น เพราะอาจเกิดปัญหาสุขภาพตามมาภายหลัง สิ่งเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย โดนเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินศักยภาพตนเองในด้านความรู้เรื่องสมุนไพร ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดพื้นฐานต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามหลักทฤษฎี KAP model ของชาร์ท[4]

กล่าวคือ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ทั้ง 3 ปัจจัย นี้เป็นตัวแปรกำหนดที่มีความสัมพันธ์กันทั้งในทางตรงและทางอ้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Survey Research) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวน 1,651 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL จะต้องไม่ติดเตียง ไม่ติดบ้าน มีความสามารถในการอ่านหนังสือ ฟังเข้าใจ เขียนได้ เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Daniel[5] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 236 คน ใช้การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้การใช้ยา ข้อคำถามมีลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบ แต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบ โดยให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom[6] ประกอบด้วย ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 60 %) ระดับปานกลาง (คะแนน 61–79%) ระดับสูง (คะแนน 80–100%)

ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติต่อการใช้ยา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงต่อการใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาถูกคน ด้านการใช้ยาถูกชนิด ด้านการใช้ยาถูกขนาด ด้านการใช้ยาถูกวิธี ด้านการใช้ยาถูกเวลา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามการปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W[7] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) (คะแนน 1.00–2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (คะแนน IOC เท่ากับ 0.67-1.00) และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[8] เท่ากับ 0.815 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0132/2568 ลงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ.2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (68.18%) มีอายุมากกว่า 70 ปี (44.85%) ($\bar{}$ = 69.77, S.D. = 7.296, Max= 88, Min= 60) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (48.18%) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (74.55%) รองลงมาคือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (20%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (65.15%) มีเพียงร้อยละ 0.61 ที่เป็นข้าราชการบำนาญทำให้มีเงินเดือนในการใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000–6,000 บาท (54.85%) ($\bar{}$ = 4,554.85, S.D.=5,661.746, Max=50,000, Min=600) ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บุตร (35.45%) และสามี/ภรรยา (35.45%) ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (82.01%) ตามลำดับ

ด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (84.32%) ($\bar{}$=3.93, S.D.=0.179) ทัศนคติมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (90.68%) ($\bar{}$=4.29, S.D.=0.368) และการรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (88.98%) ($\bar{}$=4.02, S.D.=0.343) ตามลำดับ

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทยจังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาถูกคน ด้านการใช้ยาถูกชนิด ด้านการใช้ยาถูกขนาด ด้านการใช้ยาถูกวิธี ด้านการใช้ยาถูกเวลา ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยนอยู่ในระดับสูง ($\bar{}$=4.33, S.D.=0.415) (ตารางที่ 2)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้ (r=0.158, P-value=0.015) ทัศนคติ (r=0.334, P-value<0.001) และการรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.125, P-value=0.034) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปร	r	P-value
ด้านความรู้	**0.158**	**0.015**
ด้านทัศนคติ	**0.334**	**<0.001**
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**0.125**	**0.034**
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้ยา	0.123	0.048
- การรับรู้ความรุนแรงต่อการใช้ยา	0.122	0.032
- การรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้ยา	0.127	0.025
- การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา	0.133	0.023*

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาถูกคน ด้านการใช้ยาถูกชนิด ด้านการใช้ยาถูกขนาด ด้านการใช้ยาถูกวิธี ด้านการใช้ยาถูกเวลา ในภาพรวมมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{}$=4.35, S.D.=0.415) เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อความรู้สึกนึกคิด เจตคติและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของโอเร็ม ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เกิดขึ้น เป็นการดูแลที่เกิดจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน อย่าปล่อยให้อ้วนเพราะจะทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น ด้วยการควบคุมอาหาร โดยการกำหนดปริมาณและชนิดของอาหารให้เหมาะสมและยึดหลักการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรมีการดูแลสุขภาพที่จำเป็นโดยการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรค[9] สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวภณ พุ่มพงษ์ และทัศพร ชูศักดิ์[10] พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลทองเอน อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี อยู่ในระดับสูง. (85.3%)

ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (P-value=0.015) เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล[11] สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen & Fishbein[12] กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาโรจน์ เพชรมณี และคณะ[13] พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวภณ พุ่มพงษ์ และทัศพร ชูศักดิ์[10] พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลทองเอน อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี (P-value=0.008)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดีหรือทัศนคติที่ไม่ดี สอดคล้องกับ Thurstone[14] กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein[12] กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคติย่อมมีความ

แตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธีระ แสงสุรเดช[13] พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001) แลพสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวภณ พุ่มพงษ์ และทัศพร ชูศักดิ์[10] พบว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลทองเอน อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี (P-value<0.001)

การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (P-value=0.034) สามารถอธิบายได้ว่า รับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม[16] สอดคล้องกับงานวิจัยของ จินต์จุฑา จุ้ยเลี่ยน และคณะ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านนาทราย จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (P-value=0.06)[17]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำผลการวิจัยพฤติกรรมการใช้พฤติกรรมการใช้สมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจัดทำเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีให้กับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และสร้างความเชื่อมั่น ลดความเสี่ยงจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ให้เกิดประโยชน์ในสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุแบบยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). สถิติผู้สูงอายุ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562. แยกตามตำบล. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/238.
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพของประชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2562). รายงานประจำปี 2562 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สืบค้นจาก http://www.dtam.moph.go.th/EBook/DTAM_Report_2562/DTM_Report_2562.pdf 15.

4. Schwartz, N.E. (1975). Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates. Journal of the American Diaveteic Association, 66(1): 28-31.
5. Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.
6. Bloom, B.S. (1975). Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York.
7. Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.
8. Cronbach.(1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.
9. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
10. ชวภณ พุ่มพงษ์, ทัศพร ชูศักดิ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลทองเอน อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์; 17(2): 89-103.
11. Green, L.W., Kreuter, M.W. (1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing.
12. Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior**.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
13. ธีระ แสงสุรเดช. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อกล้ามเนื้อของประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. Open Access วันที่เผยแพร่: 19 สิงหาคม พ.ศ.2567
14. Thurstone, L.L. (1970). Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc.
15. สาโรจน์ เพชรมณี, จินตนา เพชรมณี, ศิราสรณ์ บรรจงเกลี้ยง, อัจฉรา สีแสง, ศรัญญา สีทอง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน ชุมชนประตูช้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี; 4(2): 5-22.
16. Rosenstock, I.M. (1974). Historical originals of the Health Belief Model. Health EducationMonographs, 2: 1-9.
17. จินต์จุฑา จุ้ยเลี่ยน, ฉันทนา แสงเพชร, นันทิชา ทองช่วย, ธัญญ์นลิน ไกรนรา, สิตา ฤทธิ์ธาธรรม. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านนาทราย จังหวัดนครศรีธรรมราช. Thai Bull Pharm Sci; 20(2): 209-222.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย

Factors Influencing the Competence of Professional Nurses in Caring for Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Tertiary Hospitals of Health Region 9, Thailand

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29 2026; Accepted: June 30, 2026)

รสสุคนธ์ นามวัฒน์[1] จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร[2]
Rotsukon Namwat[1], Jitpinan Srijakkot[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 92 คน เครื่องมือใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาพรวม เท่ากับ 0.98 เก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน Google Forms ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม ถึง 22 พฤษภาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.31, S.D. = 0.52) แรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.16, S.D. = 0.51) การฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดหรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.417, p-value < 0.001) และแรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะ (r = 0.687, p-value < 0.001) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะได้ ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การฝึกอบรมเฉพาะทาง และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 65.9 (R^2 = 0.659, p-value < 0.001)

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ, ผู้ป่วยมะเร็ง, ยาเคมีบำบัด, แรงจูงใจ, โรงพยาบาลตติยภูมิ

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine factors influencing the competence of professional nurses caring for cancer patients receiving chemotherapy in tertiary hospitals of Health Region 9, Thailand. The sample consisted of 92 professional nurses recruited by census method. Data were collected using a questionnaire comprising three parts: personal characteristics, work motivation, and professional nursing competence. The instrument was validated by five experts, yielding a CVI of 1.00. Cronbach's alpha coefficients were 0.95 for work motivation and 0.98 for professional nursing competence. Data were collected via Google Forms from March 26 to May 22, 2026. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis were used for data analysis.

The results revealed that the overall professional nursing competence was at a high level ($\bar{x}$ = 4.31, S.D. = 0.52), and overall work motivation was also at a high level ($\bar{x}$ = 4.16, S.D. = 0.51). Specialized training in chemotherapy or oncology nursing programs had a moderate positive correlation with professional competence (r = 0.417, p-value < 0.001). Overall work motivation was also moderately and positively

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

correlated with competence (r = 0.687, p-value < 0.001). The significant predictors of professional nursing competence were administrative supervision, clinical experience in caring for cancer patients receiving chemotherapy, specialized chemotherapy or oncology training, and responsibility motivation. These four variables jointly explained 65.9% of the variance in professional nursing competence (R^2 = 0.659, p-value < 0.001).

Keywords: professional nursing competence, cancer patients, chemotherapy, work motivation, tertiary hospitals

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลระดับโลกชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.9 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.7 ล้านราย สะท้อนถึงภาระโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง[1] สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีภาระโรคสูงและต้องอาศัยระบบบริการระดับตติยภูมิในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ทั้งด้านการวินิจฉัย การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การดูแลภาวะแทรกซ้อน และการดูแลแบบประคับประคอง[2,3] การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นวิธีสำคัญในการควบคุมโรคและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย แต่ยาเคมีบำบัดเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง มีผลต่อทั้งผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อม หากการประเมิน การบริหารยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หรือการให้คำแนะนำไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ภาวะแพ้ยาเฉียบพลัน การกดไขกระดูก การติดเชื้อ และการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด[4,5]

พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะเฉพาะทางที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ การตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสาร การประสานงาน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และจริยธรรมในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แนวคิดสมรรถนะของ McClelland อธิบายว่าสมรรถนะเป็นคุณลักษณะภายในของบุคคลที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ทักษะ แนวคิดเกี่ยวกับตนเอง คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ[6] ขณะที่ Spencer และ Spencer อธิบายสมรรถนะผ่านโมเดลภูเขาน้ำแข็ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้และทักษะเป็นส่วนที่มองเห็นได้ แต่แรงจูงใจ เจตคติ และคุณลักษณะภายในเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันพฤติกรรมการปฏิบัติงาน[7] ด้านการพยาบาล แนวคิดของ Benner ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์และการเรียนรู้จากการปฏิบัติทำให้พยาบาลพัฒนาจากระดับเริ่มต้นไปสู่ระดับผู้เชี่ยวชาญ[8,9] ส่วนทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg แบ่งแรงจูงใจในการทำงานเป็นปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจ การคงอยู่ในงาน และประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน[10,11]

โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรับส่งต่อและดูแลผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พยาบาลในบริบทดังกล่าวต้องปฏิบัติงานท่ามกลางความซับซ้อนของโรค ความหลากหลายของแผนการรักษา ภาระงานสูง และความเสี่ยงจากยาเคมีบำบัด การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการบริหารทางการพยาบาล การวางแผนฝึกอบรมเฉพาะทาง การสร้างระบบพี่เลี้ยง การนิเทศงาน และการกำหนดนโยบายเพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย

2.เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย

3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและแรงจูงใจกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย

4.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย จำนวน 92 คน จากโรงพยาบาลชัยภูมิ 10 คน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 28 คน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 19 คน และโรงพยาบาลสุรินทร์ 35 คน รวมจำนวน 92 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีสำมะโนประชากร เนื่องจากประชากรทั้งหมดอยู่ในขอบเขตที่สามารถเข้าถึงได้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 กำลังการทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพล 0.15 และตัวแปรทำนาย 12 ตัวแปร ได้จำนวนขั้นต่ำ 66 คน และเมื่อเพิ่มเผื่อการตอบกลับไม่ครบ 10% ได้ 73 คน นอกจากนี้ตรวจสอบด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนด power .95, α = .05, effect size f^2 = 0.15 และตัวแปรทำนาย 12 ตัว ได้จำนวนขั้นต่ำ 89 คน ดังนั้นการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด 92 คนจึงเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

แบบสอบถาม 1 ชุด จำนวน 73 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประยุกต์จากแนวคิดของ Schermerhorn (2003) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 26 ข้อ ประยุกต์จากแนวคิดของ Herzberg (2010) ประกอบด้วยปัจจัยจูงใจ 3 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือ และความรับผิดชอบ และปัจจัยค้ำจุน 3 ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ประยุกต์จากแนวคิดสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย (2564) จำนวน 41 ข้อ ประยุกต์จากกรอบสมรรถนะของสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัด การประเมินและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ การบริหารยาเคมีบำบัด การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การสื่อสารและการสอน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การบันทึกทางการพยาบาล การปฏิบัติการเคมีบำบัดอย่างมืออาชีพและจริยธรรมกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลศูนย์ศรีสะเกษ จำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามด้านแรงจูงใจมีค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 ด้านสมรรถนะเท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ Google Forms ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม ถึง 22 พฤษภาคม 2569 รวม 58 วัน โดยมีเอกสารชี้แจงข้อมูลและการยินยอมเข้าร่วมวิจัยแบบอิเล็กทรอนิกส์ก่อนตอบแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics v.29 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอย ได้แก่ ความเป็นปกติของค่าความคลาดเคลื่อน ความเป็นอิสระต่อกัน และความคงที่ของความแปรปรวน โดยค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.070

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 3/2569 ลงวันที่ 16 มกราคม 2569 รหัสโครงการ HE682230

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 89 คน คิดเป็นร้อยละ 96.70 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31–40 ปี ร้อยละ 44.60 อายุเฉลี่ย 33.73 ปี (S.D. = 8.39) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.80 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30,001–50,000 บาท ร้อยละ 52.20 รายได้เฉลี่ย 35,413 บาท (S.D. = 11,180) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1–5 ปี ร้อยละ 54.30 และส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัดหรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านมะเร็ง ร้อยละ 79.30

แรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.16, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.29, S.D. = 0.53) รองลงมาคือด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.58) และด้านการยอมรับนับถือ ($\bar{x}$ = 4.02, S.D. = 0.65) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.26, S.D. = 0.58) รองลงมาคือด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.52) และด้านการปกครองบังคับบัญชา ($\bar{x}$ = 4.08, S.D. = 0.64)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.31, S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ ($\bar{x}$ = 4.41, S.D. = 0.61) และด้านการบริหารยาเคมีบำบัด ($\bar{x}$ = 4.41, S.D. = 0.54) รองลงมาคือด้านการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินและการจัดการผลข้างเคียง ($\bar{x}$ = 4.36, S.D. = 0.57) และด้านการบันทึกทางการพยาบาล ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.54) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากคือด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัด ($\bar{x}$ = 4.22, S.D. = 0.58)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ฯ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัดหรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านมะเร็ง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง (r = 0.417, p-value < 0.001) และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ (r = 0.221, p-value = 0.035) ส่วนเพศ อายุ รายได้ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะ (r = 0.687, p-value < 0.001)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าปัจจัยค้ำจุนโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูง (r = 0.703, p-value < 0.001) โดยด้านการปกครองบังคับบัญชามีความสัมพันธ์สูงที่สุด (r = 0.744, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ (r = 0.216, p-value = 0.039) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และด้านการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสำคัญกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ฯ

ตัวแปร	r	p-value
การฝึกอบรมเฉพาะทาง	0.417	<0.001
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	0.221	0.035
ปัจจัยจูงใจโดยรวม	0.216	0.039
ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.584	<0.001
การยอมรับนับถือ	0.520	<0.001
ความรับผิดชอบ	0.666	<0.001
ปัจจัยค้ำจุนโดยรวม	0.703	<0.001
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.583	<0.001
การปกครองบังคับบัญชา	0.744	<0.001
ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.557	<0.001
แรงจูงใจโดยรวม	0.687	<0.001

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดหรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านมะเร็ง และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ โดยร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะได้ร้อยละ 65.9 (R = 0.812, R^2 = 0.659, Adjusted R^2 = 0.643, F = 42.008, p-value < 0.001)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ฯ

ตัวแปรพยากรณ์	B	Beta	t	p-value	R^2 change
ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.417	0.520	5.333	<0.001	0.554
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	0.101	0.155	2.258	0.026	0.060
การฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดหรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านมะเร็ง	0.231	0.182	2.581	0.012	0.020
ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ	0.230	0.237	2.506	0.014	0.025

ค่าคงที่ = 1.039, R = 0.812, R^2 = 0.659, Adjusted R^2 = 0.643, F = 42.008, p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผล

1.ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระดับดี ทั้งด้านการบริหารยา การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน การบันทึกทางการพยาบาล และจริยธรรมในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ McClelland ที่อธิบายว่าสมรรถนะเกิดจากการบูรณาการความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะภายในของบุคคล[6] และสอดคล้องกับ Spencer และ Spencer ที่เน้นว่าคุณลักษณะภายใน เช่น แรงจูงใจและทัศนคติ เป็นฐานสำคัญของพฤติกรรมการทำงาน[7] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะของสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ซึ่งกำหนดให้พยาบาลเคมีบำบัดต้องมีสมรรถนะครอบคลุมทั้งการประเมินผู้ป่วย การบริหารยา การจัดการความเสี่ยง การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี และจริยธรรม[12]

2.สมรรถนะด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ และด้านการบริหารยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อาจเนื่องจากการให้ยาเคมีบำบัดเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงและอยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพอย่างเข้มงวด พยาบาลจึงตระหนักต่อความถูกต้อง ความปลอดภัย การตรวจสอบยา และสิทธิผู้ป่วยเป็นพิเศษ สอดคล้องกับแนวทางของ Oncology Nursing Society ที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการบริหารยาเคมีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด[13] และสอดคล้องกับ Polovich ที่เน้นการจัดการยาอันตรายอย่างปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อม[4] อย่างไรก็ตาม ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แม้อยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าความรู้เฉพาะทางยังเป็นประเด็นที่ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเทคโนโลยีการรักษามะเร็ง ยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า และภูมิคุ้มกันบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

3.ผลการศึกษาที่พบว่าการฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดหรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะ สอดคล้องกับแนวคิดของ Benner ที่อธิบายว่าการเรียนรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติช่วยยกระดับพยาบาลจากระดับเริ่มต้นสู่ระดับเชี่ยวชาญ[8,9] และสอดคล้องกับงานของ Mlambo และคณะ ที่ชี้ว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญของสมรรถนะพยาบาล[14] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของจันจิราและวรารัตน์ ที่พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล[15] ผลดังกล่าวสนับสนุนว่าการจัดอบรมเฉพาะทางอย่างเป็นระบบควรเป็นนโยบายหลักของการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในงานเคมีบำบัด

4.ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสมรรถนะ แสดงว่าประสบการณ์มีส่วนช่วยให้พยาบาลเข้าใจบริบทการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และการตัดสินใจในสถานการณ์จริง แต่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อาจเพราะประสบการณ์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอหากไม่มีการนิเทศ การสะท้อนคิด การอบรม และการประเมินสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Meretoja และคณะ ที่ชี้ว่าการประเมินสมรรถนะควรพิจารณาทั้งระดับความสามารถและความถี่ของการใช้สมรรถนะในสถานการณ์จริง[16] และสอดคล้องกับ Nilsson และคณะ ที่อธิบายว่าสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลเป็นแนวคิดหลายมิติ ไม่ได้ขึ้นกับประสบการณ์เพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการตัดสินใจ จริยธรรม ความปลอดภัย ภาวะผู้นำ และการพัฒนาวิชาชีพ[17]

5.แรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะ สนับสนุนทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่อธิบายว่าปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีผลต่อพฤติกรรมการทำงาน ความพึง

พอใจ และประสิทธิภาพ[10,11]โดยเฉพาะปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชาที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดและเป็นตัวแปรพยากรณ์อันดับแรก สะท้อนว่าการนิเทศ การสนับสนุน การจัดระบบงาน และการบริหารที่เป็นธรรมมีผลอย่างยิ่งต่อการแสดงสมรรถนะของพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของอาภัสรา พันทาม ที่พบว่าแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การมีผลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ[18] และสอดคล้องกับศิริญญ์ รุ่งหิรัญ และสุลี ทองวิเชียร ที่พบว่าแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบความสำเร็จ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้[19] ตัวแปรปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชาเป็นตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานสูงสุด แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างระบบสนับสนุนสมรรถนะ ทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ การมอบหมายงาน การจัดอัตรากำลัง การสร้างบรรยากาศความปลอดภัย และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารทางการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับภาวะผู้นำ การบริหารทรัพยากร และการประสานงานกับทีมสุขภาพ[20] รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิดของสภาการพยาบาลที่กำหนดให้พยาบาลต้องมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ ภาวะผู้นำ และการทำงานเป็นทีม[21]

6.ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบเป็นตัวแปรพยากรณ์สำคัญอีกประการหนึ่ง แสดงว่าพยาบาลที่ตระหนักต่อบทบาทหน้าที่ จัดลำดับความสำคัญของงาน และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์การดูแล มีแนวโน้มแสดงสมรรถนะสูงขึ้น สอดคล้องกับ Herzberg ที่อธิบายว่าความรับผิดชอบเป็นปัจจัยจูงใจภายในที่ทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจและมุ่งมั่นในการทำงาน[10] และสอดคล้องกับ Robbins และ Judge ที่อธิบายว่าแรงจูงใจเป็นกระบวนการที่กำหนดความเข้มข้น ทิศทาง และความคงทนของความพยายามในการทำงาน[22] ในบริบทเคมีบำบัด ความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพมีความสำคัญยิ่ง เพราะการปฏิบัติงานผิดพลาดอาจนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วย

สรุปผล

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 ประเทศไทย และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ ได้แก่ การฝึกอบรมเฉพาะทางและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนแรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะ ทั้งนี้ ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การฝึกอบรมเฉพาะทาง และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะได้ร้อยละ 65.9 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการนิเทศและการบริหารงาน การส่งเสริมการอบรมเฉพาะทาง การสร้างระบบพี่เลี้ยงทางคลินิก และการเสริมสร้างความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ เป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับสมรรถนะพยาบาลเคมีบำบัดอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านเคมีบำบัดและมะเร็งอย่างเป็นระบบ โดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาบุคลากรรายปี พร้อมทั้งจัดให้มีการทบทวนความรู้ การฝึกสถานการณ์จำลอง และการประเมินสมรรถนะประจำปี โดยเฉพาะด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

2.ควรพัฒนาคุณภาพการปกครองบังคับบัญชาและการนิเทศทางคลินิก โดยส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารทางการพยาบาลทำหน้าที่โค้ช สนับสนุนทรัพยากร จัดระบบงานที่

ชัดเจน และสร้างบรรยากาศการทำงานที่ปลอดภัยและเป็นธรรม เนื่องจากปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชาเป็นตัวแปรพยากรณ์สำคัญที่สุด

3.ควรจัดระบบพี่เลี้ยงทางคลินิกสำหรับพยาบาลใหม่หรือพยาบาลที่ย้ายเข้าสู่งานเคมีบำบัด เพื่อถ่ายทอดทักษะ การตัดสินใจทางคลินิก และการจัดการภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งควรส่งเสริมความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพผ่านการมอบหมายบทบาท เช่น case manager หรือผู้นำทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งรายกรณี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะด้านเคมีบำบัดอย่างลึกซึ้ง

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ภาระงาน อัตรากำลัง การสนับสนุนจากองค์กร วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ภาวะหมดไฟ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล

3. ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลเคมีบำบัดในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการวิจัยและพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบ และเสนอแนะแนวทางการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้บริหารและผู้ประสานงานจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ ตลอดจนพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. Geneva: WHO; 2024.
2. International Agency for Research on Cancer.(2023). Best practices in cervical screening programmes. Lyon: IARC; 2023.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2567–2575. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2567.
4. Polovich M.(2016). Safe handling of hazardous drugs. 3rd ed. Pittsburgh: Oncology Nursing Society; 2016.
5. จันทิมา แจ่มจำรัส, เพชรดา มหาแสง, ดาริกา จันทร์โพธิ์.(2562). แนวทางการพยาบาลป้องกันและจัดการแก้ไขภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำ. เวชบันทึกศิริราช. 2562;12(3).
6. McClelland DC.(1973). Testing for competence rather than for intelligence. Am Psychol. 1973;28(1):1-14.
7. Spencer LM, Spencer SM.(1993). Competence at work: models for superior performance. New York: John Wiley & Sons; 1993.
8. Benner P.(1982). From novice to expert. Am J Nurs. 1982;82(3):402-7.
9. Benner P. (1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.
10. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. (2010). The motivation to work. New Brunswick: Transaction Publishers; 2010.
11. Alshmemri M, Shahwan-Akl L, Maude P.(2017). Herzberg's two-factor theory. Life Sci J. 2017;14(5):12-6.
12. สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย.(2564). ความปลอดภัยการให้ยาเคมีบำบัด: ข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติ. นนทบุรี: ซิกมา กราฟฟิคส์; 2564.

13. Oncology Nursing Society.(2022). Chemotherapy and immunotherapy guidelines and recommendations for practice. Pittsburgh: Oncology Nursing Society; 2022.
14. Mlambo M, Silén C, McGrath C.(2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development: a metasynthesis of the literature. BMC Nurs. 2021;20(1):62.
15. จันจิรา กิจแก้ว, วรารัตน์ ศรีสุข.(2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563;2(8):27-40.
16. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H.(2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs. 2004;47(2):124-33.
17. Nilsson J, Johansson E, Egmar AC, Florin J, Leksell J, Lepp M, et al.(2014). Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence: the Nurse Professional Competence Scale. Nurse Educ Today. 2014;34(4):574-80.
18. อาภัสรา พันทาม.(2564). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
19. ศิริญญ์ รุ่งหิรัญ, สุลี ทองวิเชียร.(2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2554;6(1):109-20.
20. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาล; 2561.
21. สภาการพยาบาล.(2560). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2560.
22. Robbins SP, Judge TA.(2019). Organizational behavior. 18th ed. Harlow: Pearson Education; 2019.
23. Kim O, Lee H, Jung H, Jang HJ, Pang Y, Cheong H.(2019). Korean nurses' adherence to safety guidelines for chemotherapy administration. Eur J Oncol Nurs. 2019;40:98-103.
24. DeJoy DM, Smith TD, Woldu H, Dyal MA, Steege AL, Boiano JM.(2017). Effects of organizational safety practices and perceived safety climate on PPE usage, engineering controls, and adverse events involving liquid antineoplastic drugs among nurses. J Occup Environ Hyg. 2017;14(7):485-93.
25. Gunawan J, Aungsuroch Y, Fisher ML, Marzilli C, Liu Y.(2020). Factors related to the clinical competence of registered nurses: systematic review and meta-analysis. J Nurs Scholarsh. 2020;52(6):623-33.

การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

Development of a Competency Enhancement Program for Professional Nurses in Caring for High-Risk Psychiatric and Drug Addiction Patients with Violent Tendencies at Crown Prince Hospital Loeng Nok Tha,Yasothon Province

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

อัจฉราวดี บุญทศ[1] จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร[2]
Adcharawadee Boontos[1] Jitpinan Srijakkot[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) และเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V 7 ด้าน 40 ข้อ และแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติ 7 ด้าน 34 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($Z = -2.824$, $p = 0.002$) โดยด้านที่มีพัฒนาการสูงสุด คือ ด้านความรู้ ($Z = -2.934$, $p = 0.001$) รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ($Z = -2.845$, $p = 0.002$) ด้านบุคลิกภาพ ($Z = -2.223$, $p = 0.024$) และด้านทักษะทางปัญญา ($Z = -2.312$, $p = 0.018$) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีทักษะการปฏิบัติด้านการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ อยู่ในระดับสูงมากที่ค่าเฉลี่ย 2.94 และด้านการจัดการสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูงที่ค่าเฉลี่ย 2.71 4)

คำสำคัญ: โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ; พยาบาลวิชาชีพ; ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด; ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to develop a competency enhancement program for professional nurses caring for patients with serious mental illness and a high risk of violence (SMI-V), and compare nurses' competency levels before and after implementation of the developed program. Participants were purposively selected and comprised 12 registered nurses from a male internal medicine ward at Crown Prince Hospital Loeng Nok Tha, Yasothon Province. Research instruments consisted of a 40-item, seven-domain nursing competency questionnaire and a 34-item, seven-domain clinical skills observational checklist. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon matched-pairs signed-rank test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that overall nursing competency following program participation was significantly higher than before participation at the .05 level of statistical significance ($Z = -2.824$, $p = 0.002$). The most pronounced improvement was observed in the Knowledge domain ($Z = -2.934$, $p = 0.001$),

[1] ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์สาขาวิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น corresponding author

followed by Psychiatric Nursing Practice (Z = −2.845, p = 0.002), Personality Attributes (Z = −2.223, p = 0.024), and Cognitive Skills (Z = −2.312, p = 0.018). Post-program observational assessment further revealed that Communication and Therapeutic Relationship skills attained a very high performance level (mean = 2.94), while Environmental Management and Patient Safety reached a high level (mean = 2.71). 4)
Keywords: Competency enhancement program; Professional nurse; Psychiatric and drug addiction patient; High risk of violence; Action research

บทนำ

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงในระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรโลกมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 8 ของประชากรทั้งหมด เผชิญภาวะผิดปกติทางจิตเวช และในจำนวนนี้ร้อยละ 15–20 มีแนวโน้มเข้าสู่กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง[1] ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวยิ่งทวีความรุนแรงภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทำให้ความชุกของโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 25 ในช่วงปีแรก สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเวชขึ้นทะเบียนรักษา 3.2 ล้านคน โดยร้อยละ 18.5 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.5 ต่อปี[2] ในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียน 18,120 ราย โดย 3,456 ราย หรือร้อยละ 19.1 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง[2] ในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง เหตุการณ์ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 65 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2567 เป็น 156 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.8 โดยร้อยละ 28.8 นำไปสู่การบาดเจ็บของทั้งผู้ป่วยและบุคลากร[4]

ผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวมีความกว้างขวาง พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติการด่านหน้ามีอัตราการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร้อยละ 45–50 ต่อปี และพบภาวะหมดไฟในการทำงานสูงถึง ร้อยละ 60 นำไปสู่การลาออกหรือโยกย้ายมากถึงร้อยละ 25–30 ต่อปี[4] ส่วนในระดับองค์กรพบอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัย 15.6 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 250,000–300,000 บาทต่อรายต่อปี[5] จากการวิเคราะห์ หาสาเหตุเชิงระบบ (Root Cause Analysis: RCA) ของโรงพยาบาลพบว่าพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายร้อยละ 83.33 ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชและยาเสพติดมาก่อน และร้อยละ 61.49 อยู่ในระดับ Novice และ Advanced Beginner ตามแนวคิด Novice to Expert ของ Benner[6]

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่อง Brown และคณะ[7] ระบุว่าสมรรถนะที่จำเป็นครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การจัดการพฤติกรรม การสื่อสารเพื่อลดความรุนแรง และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับกุลรัตน์ แสวงหา[8] ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 65.8 มีคะแนนสมรรถนะต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นิตยา สินธุ์ภูมิและคณะ[9] รายงานว่าการอบรมเฉพาะทางส่งผลให้บุคลากรมีความรู้ ทัศนคติและความเชื่อมั่นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านั้นยังขาดความต่อเนื่องและยังไม่ครอบคลุมบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีหน่วยจิตเวชเฉพาะทาง[10] การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[11] บูรณาการร่วมกับกรอบสมรรถนะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 7 ด้าน ของชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต[12] เพื่อให้ได้โปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและทักษะ

ปฏิบัติ และสามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิง นกทา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิดหลัก 2 ส่วนเข้าด้วยกัน ทั้งในเชิงกระบวนการและเนื้อหา เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างเป็นระบบ ส่วนที่ 1 กระบวนการวิจัย ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[1] ซึ่งดำเนินการเป็น "วงจรเกลียวแห่งการพัฒนา" (Spiral Process) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และทบทวนวรรณกรรม เพื่อออกแบบโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ พร้อมประเมินสมรรถนะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล (Observation) ประเมินสมรรถนะและสังเกตทักษะภาคปฏิบัติของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมและขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลและอภิปรายผล (Reflection) ร่วมกันสะท้อนผล วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาในรอบถัดไป โดยมีหัวใจสำคัญคือการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในทุกขั้นตอน ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน (Collaborative Learning) และการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง[12] ส่วนที่ 2 เนื้อหาสมรรถนะ อ้างอิงกรอบสมรรถนะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต[12] ซึ่งจำแนกสมรรถนะออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา สัมพันธภาพและการสื่อสาร การประเมินและสารสนเทศ การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และบุคลิกภาพ การบูรณาการทั้งสองส่วนทำให้การพัฒนาสมรรถนะสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง และสามารถประเมินผลได้อย่างมีมาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา รวม 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลผู้พัฒนาสมรรถนะ (Competency Developer Nurses) 2 คน จากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดและพยาบาลผู้รับการพัฒนาสมรรถนะ (Competency Recipient Nurses) 12 คน ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยตรง

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล SMI-V ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหาจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย SMI-V ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต[26,27] ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 40 ข้อ ครอบคลุม 7 ด้าน ตามกรอบสมรรถนะการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต[28] ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม (5 ข้อ) ด้านความรู้ (5 ข้อ) ด้านทักษะทางปัญญา (5 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (5 ข้อ) ด้านการประเมินผลและการใช้ระบบสารสนเทศ (5 ข้อ) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช (10 ข้อ) และด้านบุคลิกภาพ (5 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) การแปลความหมายใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = (5–1) / 5 = 0.80 ตามเกณฑ์ของกัลยา วาณิชย์บัญชา[17] แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนน 4.21–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.41–4.20 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.81–2.60 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนน 1.00–1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด และส่วนที่ 3 แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 34 ข้อ ใน 7 ด้าน พัฒนาจากคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย SMI-V ของกรมสุขภาพจิต[27] โดยพยาบาลผู้พัฒนาสมรรถนะเป็นผู้สังเกตและประเมินทักษะของผู้รับการพัฒนา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางส่วน (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) การแปลความหมายใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = (3–1) / 3 = 0.67 ตามเกณฑ์ของกัลยา วาณิชย์บัญชา[17] แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนน 2.36–3.00 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 1.68–2.35 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 1.00–1.67 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ 0.80 แบบประเมินสมรรถนะมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.958 จากการทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนบริบทใกล้เคียง 30 คน ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบด้วยการสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล วิธีการ ผู้วิจัย[14,15]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 24 มีนาคม – 30 เมษายน 2569 ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น (รหัส HE682234) และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล การดำเนินการแบ่งตาม 4 ขั้นตอนของวงจรปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (สัปดาห์ที่ 1–2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน จัดสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อระบุความต้องการในการพัฒนา จากนั้นประชุมร่วม 2 ครั้ง เพื่อออกแบบโปรแกรมและพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วย SMI-V ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (สัปดาห์ที่ 3–4) ดำเนินโปรแกรมรูปแบบ Blended Learning ประกอบด้วยการอบรมภาคทฤษฎี 2 วัน และการฝึกปฏิบัติในหน้างานจริง 5 วัน โดยจับคู่พยาบาลผู้พัฒนาสมรรถนะกับผู้รับการพัฒนาตามตารางเวร กิจกรรมละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 4) ประเมินทักษะการปฏิบัติด้วยแบบสังเกต 34 ข้อ และพยาบาลประเมินตนเองหลังโปรแกรม (Post-test) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (สัปดาห์ที่ 5) จัดสนทนากลุ่มเชิงสะท้อนผล วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค และสังเคราะห์โปรแกรมฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบสมรรถนะก่อน-หลังโปรแกรมด้วย Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Rank Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขนาด

เล็ก (n = 12) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย Content Analysis โดยจำแนกหมวดหมู่และสังเคราะห์ด้วยกระบวนการอุปนัย (Inductive Reasoning)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 และเพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ลักษณะงานในตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประเภทละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 เท่ากัน สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 และสมรส จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ประสบการณ์การทำงานในประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 0 -1 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมาคือ 2-3 ปีและ 6-7 ปีประเภทละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ16.67 เท่ากัน 8-10 ปีมีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ส่วนมากกว่า 10 ปี มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 การอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และเคยผ่านการอบรม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นผ่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยการอบรมภาคทฤษฎี 2 วัน และการฝึกปฏิบัติแบบนิเทศรายบุคคลในหน้างานจริง 5 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V

ส่วนที่	รูปแบบ	ระยะเวลา	เนื้อหาสำคัญ
ภาคทฤษฎี	บรรยาย/อภิปราย (ออนไลน์)	2 วัน	ความรู้พื้นฐาน SMI-V, การประเมินความเสี่ยง (OAS/PVSS/SAVE), De-escalation, กฎหมาย/จริยธรรม, Simulation 2 รอบ
ภาคปฏิบัติ	นิเทศในหน้างาน (ออนไซต์)	5 วัน	การประเมินและคัดกรองความเสี่ยง, Physical Restraint, ทักษะการสื่อสาร, การบริหารยาฉุกเฉิน, การบริหารจัดการตนเอง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 12)

สมรรถนะ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	Z	p-value
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)			
1. คุณธรรมจริยธรรม	4.45 (0.46)	4.58 (0.39)	+0.13	−1.014	0.343
2. ความรู้	3.27 (0.61)	4.22 (0.62)	+0.95	−2.934	**0.001***

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 12)

สมรรถนะ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	Z	p-value
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)			
3. ทักษะทางปัญญา	3.68 (0.64)	4.18 (0.56)	+0.50	−2.312	**0.017***
4. สัมพันธภาพและการสื่อสาร	4.05 (0.38)	4.32 (0.45)	+0.27	−1.481	0.156
5. การประเมินและสารสนเทศ	3.78 (0.82)	4.37 (0.56)	+0.59	−1.689	0.106
6. การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช	3.52 (0.43)	4.26 (0.51)	+0.74	−2.845	**0.002***
7. บุคลิกภาพ	3.85 (0.37)	4.45 (0.55)	+0.60	−2.223	**0.024***

*p < 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test (n=12) พบว่าสมรรถนะโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = −2.824, p = 0.002) โดยระดับสมรรถนะโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับ "มาก" ($\bar{x}$ = 3.76, S.D. = 0.34) เป็นระดับ "มากที่สุด" ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.44)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีสมรรถนะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ด้าน เรียงตามขนาดการเปลี่ยนแปลงจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านความรู้มีพัฒนาการสูงสุด (Mean Diff. = +0.95, Z = −2.934, p = 0.001) โดยระดับสมรรถนะเพิ่มขึ้นจาก $\bar{x}$ = 3.27 เป็น $\bar{x}$ = 4.22 รองลงมาคือด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช (Mean Diff. = +0.74, Z = −2.845, p = 0.002) โดยเพิ่มขึ้นจาก $\bar{x}$ = 3.52 เป็น $\bar{x}$ = 4.26 ด้านบุคลิกภาพ (Mean Diff. = +0.60, Z = −2.223, p = 0.024) โดยเพิ่มขึ้นจาก $\bar{x}$ = 3.85 เป็น $\bar{x}$ = 4.45 และด้านทักษะทางปัญญา (Mean Diff. = +0.50, Z = −2.312, p = 0.017) โดยเพิ่มขึ้นจาก $\bar{x}$ = 3.68 เป็น $\bar{x}$ = 4.18

ส่วนอีก 3 ด้านที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (Mean Diff. = +0.27, p = 0.156) ด้านการประเมินผลและการใช้ระบบสารสนเทศ (Mean Diff. = +0.59, p = 0.106) และด้านคุณธรรมจริยธรรม (Mean Diff. = +0.13, p = 0.343) แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้ง 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทิศทางบวกและระดับการแปลผลเพิ่มขึ้นจากระดับ "มาก" เป็นระดับ "มากที่สุด" ทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการยกระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน

ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ (n=12) พบว่าทักษะการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 2.77, S.D. = 0.21)

เมื่อพิจารณารายด้านโดยเรียงลำดับจากสูงสุดไปต่ำสุด พบว่าด้านการบริหารจัดการตนเองและการจัดการความเครียด (Self-Management and Stress Management) มีคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.00, S.D. = 0.00) อยู่ในระดับสูง โดยพยาบาลทุกรายปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนเท่ากันทุกคน รองลงมาคือด้านการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารในทีม (Teamwork and Team Communication) ($\bar{x}$ = 2.97, S.D. = 0.08) อยู่ในระดับสูง ด้านทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ (Therapeutic Communication Skills) ($\bar{x}$ = 2.94, S.D. = 0.13) อยู่ในระดับสูง ด้านการบริหารยาที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Medication Management) ($\bar{x}$ = 2.80, S.D. = 0.35) อยู่ในระดับสูง ด้านการจัดการ

สภาพแวดล้อมและความปลอดภัย (Environment and Safety Management) ($\bar{x}$ = 2.71, S.D. = 0.38) อยู่ในระดับสูง และด้านการจัดการภาวะวิกฤตและการลดความรุนแรง (De-escalation) ($\bar{x}$ = 2.69, S.D. = 0.32) อยู่ในระดับสูง

ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดและเป็นด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลางคือด้านการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง (Triage and Risk Assessment) ($\bar{x}$ = 2.33, S.D. = 0.54) สะท้อนให้เห็นว่าทักษะด้านการนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงมาตรฐานไปใช้จริงในสถานการณ์ทางคลินิกยังต้องการการพัฒนาและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สรุปและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[11] ร่วมกับกรอบสมรรถนะพยาบาลจิตเวช 7 ด้านของชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต[12] มีประสิทธิผลในการยกระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = −2.824, p = 0.002) โดยระดับสมรรถนะโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับ "มาก" ($\bar{x}$ = 3.76) เป็นระดับ "มากที่สุด" ($\bar{x}$ = 4.33) สมรรถนะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ (p = 0.001) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช (p = 0.002) ด้านบุคลิกภาพ (p = 0.024) และด้านทักษะทางปัญญา (p = 0.018) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สินธุ์ภูมิและคณะ[10] ที่รายงานว่าการอบรมเฉพาะทางที่ออกแบบให้ตรงกับบริบทส่งผลให้บุคลากรมีความรู้และทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความสำเร็จดังกล่าวมาจากกระบวนการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทำให้พยาบาลมีความเป็นเจ้าของโปรแกรม (Ownership) และแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองสูงกว่าการอบรมแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว รูปแบบ Blended Learning ที่ผสมผสานทฤษฎีกับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองยังสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles[14] ที่ยืนยันว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเนื้อหาสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่และปัญหาในงานจริง

ด้านความรู้มีพัฒนาการสูงสุด (Mean Diff. = +0.95) ซึ่งเป็นที่คาดหมายได้เนื่องจากพยาบาลร้อยละ 83.33 ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางมาก่อน สอดคล้องกับ Osaka และคณะ[15] ที่รายงานว่าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนสามารถพัฒนาความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อได้รับการอบรมที่ตรงกับความต้องการ อย่างไรก็ตาม ทักษะที่ต้องการการสังเกตสะสมในระยะยาว เช่น การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจิตเวชศาสตร์ในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย ยังต้องเสริมด้วยกิจกรรม Nursing Round และ Case Conference อย่างต่อเนื่อง

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชมีพัฒนาการสูงเป็นอันดับสอง (Mean Diff. = +0.74) โดยการฝึก Simulation 2 รอบและระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) เปิดโอกาสให้พยาบาลได้ฝึกทักษะซ้ำในสถานการณ์ใกล้เคียงความจริง สอดคล้องกับ Maguire และคณะ[16] ที่ยืนยันว่าการฝึกด้วยสถานการณ์จำลองเพิ่มความสามารถในการประเมินและจัดการพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิผล พยาบาลยังแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนการก้าวสู่ระดับ Competent ตามแนวคิดของ Benner[7] กล่าวคือสามารถวางแผนการดูแลประเมินสถานการณ์ และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สมรรถนะด้านบุคลิกภาพซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยากที่สุดกลับมีพัฒนาการที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Diff. = +0.60) โดยโปรแกรมสามารถเปลี่ยน "ความกลัว" ของพยาบาลจบใหม่ให้กลายเป็น "ความพร้อม" ได้ผ่านการฝึก Simulation ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและระบบพี่เลี้ยงที่ใกล้ชิด สอดคล้องกับ Sivak และคณะ[6] ที่ยืนยันว่าการฝึกในสถานการณ์จำลองลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมี

ประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่เพิ่มขึ้นจาก 0.37 เป็น 0.55 สะท้อนว่าพยาบาลแต่ละรายตอบสนองต่อการพัฒนาบุคลิกภาพในอัตราที่แตกต่างกัน การพัฒนาต่อเนื่องผ่านระบบพี่เลี้ยงแบบรายบุคคลและกิจกรรม Reflective Practice จึงมีความจำเป็น

ทักษะการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 2.77) โดยด้านการบริหารจัดการตนเองและการจัดการความเครียดมีคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.00) และด้านการทำงานเป็นทีมสูงเป็นอันดับสอง ($\bar{x}$ = 2.97) สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาสมรรถนะได้ทั้งในเชิงอัตวิสัย (Subjective) และพฤติกรรมที่สังเกตได้จริง (Objective) พร้อมกัน อย่างไรก็ตาม ด้านการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.33) โดยเฉพาะการใช้ Overt Aggression Scale[13] ในสถานการณ์จริง ($\bar{x}$ = 2.17) สะท้อนช่องว่างระหว่างการเรียนรู้เชิงทฤษฎีกับการนำเครื่องมือมาตรฐานไปใช้จริงในภาวะวิกฤต สอดคล้องกับ Brown และคณะ[8] ที่ชี้ว่าทักษะดังกล่าวต้องการการฝึกซ้อมในสภาวะความเครียดสูงอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถพัฒนาได้จากการอบรมระยะสั้นเพียงครั้งเดียว

จุดเด่นที่สำคัญที่สุดของการวิจัยครั้งนี้คือการพิสูจน์ว่าโปรแกรมสมรรถนะที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและไม่มีหน่วยจิตเวชเฉพาะทาง ตอบสนองต่อช่องว่างงานวิจัยที่ขัติยา แก้วสมบัติและคณะ[11] และกุลรัตน์ แสวงหา[9] ระบุไว้ ความสำเร็จดังกล่าวมาจากรูปแบบ Point-of-Care Training ที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ซึ่งบูรณาการกิจกรรมการพัฒนาเข้ากับการปฏิบัติงานประจำโดยไม่กระทบต่อภาระงานของบุคลากร สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ Winokur และคณะ[18] และ Manitkul และคณะ[19] ที่ยืนยันว่าการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างครบถ้วนทั้ง 3 ด้านนำไปสู่คุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ

ควรนำโปรแกรมไปบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของระบบปฐมนิเทศพยาบาลใหม่และการพัฒนาสมรรถนะต่อเนื่อง เสริมด้วย Simulation-Based Training เน้นการใช้ Overt Aggression Scale และขั้นตอนการผูกยึดอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง พร้อมพัฒนาระบบให้คำปรึกษาจากพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางผ่าน Telemedicine และประเมินสมรรถนะอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง เพิ่มจำนวนครั้งการฝึกปฏิบัติเป็นอย่างน้อยกิจกรรมละ 5 ครั้ง ออกแบบการวิจัยโดยมีกลุ่มควบคุม และติดตามผลในระยะ 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่ใช้เทคโนโลยีจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Virtual Simulation)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์สาขาวิชาการศึกษา วิจัย และบริหารการพยาบาลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนด้วยดีตลอดกระบวนการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ประสานงาน ผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลไทยเจริญ โรงพยาบาลทรายมูล และโรงพยาบาลคำ

เขื่อนแก้ว ที่กรุณาเอื้อเฟื้อสถานที่และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรและเพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยให้กำลังใจและเคียงข้างกันตลอดระยะเวลาแห่งการศึกษา

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัวผู้เป็นที่รักยิ่ง ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญในทุกก้าวของการเดินทางครั้งนี้ และขออุทิศคุณค่าและความดีงามทั้งปวงอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แด่ท่านทั้งหลาย หากมีข้อบกพร่องหรือความคลาดเคลื่อนประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับคำชี้แนะนั้นด้วยความยินดีและขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338
2. กรมสุขภาพจิต.(2557). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2567.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดยโสธร ประจำปี 2566. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2566.
4. งานคุณภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา.(2566). รายงานการวิเคราะห์อุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ประจำปี พ.ศ. 2566. ยโสธร: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา; 2566.
5. Sivak K, Huws JC, Patel MX. (2023). Workplace violence against psychiatric nurses: a systematic review of prevalence, risk factors, and interventions. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2023;30(2):285-298.
6. Benner P.(1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
7. Brown S, Garland A, Bowers L, Dickens G, Nadkarni R.(2017). Systematic review of competency frameworks for mental health nurses working with aggressive patients. Int J Nurs Stud. 2017;76:82-95.
8. กุลรัตน์ แสวงหา.(2566). การวิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง. วารสารพยาบาลจิตเวชไทย. 2566;15(2):45-62.
9. นิตยา สินธุ์ภูมิ, และคณะ.(2567). ผลของโปรแกรมการอบรมต่อความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อมั่นของบุคลากรในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(2):45-60.
10. ขัติยา แก้วสมบัติ, สุภาภรณ์ ใจดี, วิรัช สุขเจริญ.(2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2567;12(3):78-95.
11. Kemmis S, McTaggart R.(1990). The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1990.
12. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต.(2563). คู่มือบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
13. 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. doi:10.1176/ajp.143.1.35.
14. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA.(2015). The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. London: Routledge; 2015.

15. Osaka K, Blaquera AP, Soriano K, Betriana F, Kataoka M, Tanioka T.(2024). In-service education for psychiatric nurses based on the technological competency as caring in nursing theory. Celebes Nurs J. 2024;1(2):116-128.
16. Maguire T, McKenna B, Daffern M.(2022). Best practice in aggression risk assessment training. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2022;29(3):350-362.
17. กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2551). สถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
18. Winokur E, Zamil T, Loucks J, Munoz K, Rutledge DN.(2022). Hospital nurse competency to care for patients with behavioral health concerns: a follow-up study. J Nurses Prof Dev. 2022;38(2):71-75.
19. Manitkul N, Thummathai K, Bhatarasakoon P.(2024). Factors related to evidence-based practices among mental health nurses in Thailand: a cross-sectional study. Nurs Rep. 2024;14(4):3084-3096.
20. Lincoln YS, Guba EG.(1985). Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: SAGE Publications; 1985.
21. Polit DF, Beck CT.(2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-497. doi:10.1002/nur.20147.
22. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
23. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE.(2010). Multivariate data analysis. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2010.
24. Fukada M.(2018). Nursing competency: definition, structure and development. Yonago Acta Med. 2018;61(1):1-7. doi:10.33160/yam.2018.03.001.
25. กัลยา วาณิชย์บัญชา.(2551). สถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
26. กรมสุขภาพจิต.(2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
27. กรมสุขภาพจิต.(2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care SOPs). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
28. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต.(2563). คู่มือบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

ประสบการณ์การรับรู้ ความเข้าใจ และช่องว่างความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาของวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม : การวิจัยเชิงคุณภาพ

Experiences, Perceptions, Understanding, and Knowledge Gaps Regarding the Dangers of Cannabis Use Among Adolescents in Nakhon Phanom Province: A Qualitative Study.

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 20,2026 ; Accepted: June 29,2026)

สุพัฒน์ชัย ปราบศัตรู[1] ณัฏยา อ่อนผิว[2] กมลนัทธ์ คล่องดี[2] ณิชาพร ทิพสิงห์[3] จรินทร โคตรพรม[3]เปรียบแก้ว ฝาระมี[3] พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน[4] กุลธิดา ยะสะกะ[5] นริฏา ฟักแก้ว[5]

Supatchai Prabsatru[1] Nuttaya Onpiw[2]* Kamonnat Klongdee[2] Nichaporn Tipsing[3]Jarintorn Koteprom[3] Priabgeaw Faramee[3] Panyupa Naosrisorn[4] Kulthida Yasaka[5] Narita Fakkaew[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ การรับรู้ ความเข้าใจ ช่องว่างความรู้ และกระบวนการเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาของวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม ภายหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาของประเทศไทย ใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis process) ผู้ให้ข้อมูลหลักคือวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ใช้กัญชาโดยตรง จำนวน 13 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic Analysis)

ผลการศึกษาพบประเด็นหลัก 5 ประการ ได้แก่ 1) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลหลักสื่อออนไลน์เป็นช่องทางหลักที่หล่อหลอมทัศนคติเชิงบวกผ่านเนื้อหาเชิงส่งเสริมมากกว่าคำเตือน 2) ความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา วัยรุ่นมีความรู้เพียงระดับ ผิวเผินแต่ขาดความเข้าใจเชิงลึกด้านกลไกการเสพติดและผลกระทบต่อสมอง 3) การโต้ตอบ การตัดสินใจ และการจัดการสถานการณ์เสี่ยง ขาดทักษะเชิงปฏิบัติในการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน 4) รูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นต้องการเรียนรู้ผ่านสื่อสมัยใหม่ คลิปสั้น หรือการเรียนรู้ผ่านเกมมากกว่าการสั่งสอนแบบทางเดียว และ 5) ความสับสนเกี่ยวกับกฎหมายกัญชาและช่องทางช่วยเหลือ ไม่มั่นใจในขอบเขตของกฎหมายและวิธีการรายงานผู้กระทำผิด

คำสำคัญ: กัญชา, วัยรุ่น, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การวิจัยเชิงคุณภาพ, จังหวัดนครพนม

Abstract

This survey research aimed to explore the experiences, perceptions, understanding, knowledge gaps, and the process of developing health literacy regarding the dangers of cannabis use among adolescents in Nakhon Phanom Province following Thailand's cannabis policy changes. A Qualitative data analysis process was employed. The informants consisted of 13 lower secondary school students without direct experience with cannabis use, selected through purposive sampling. Data were collected via in-depth semi-structured interviews until data saturation was reached and analyzed using thematic analysis.

The findings revealed five main themes: 1) Primary information sources: Social media is the main channel shaping positive attitudes through promotional content rather than health warnings; 2) Understanding of cannabis information: Adolescents possess superficial knowledge but lack deep understanding of addiction mechanisms and brain impacts; 3)Interaction, decision-making, and risk management: They lack practical skills to refuse when offered cannabis; 4) Adolescent-centric learning formats: A preference for modern media, short

[1] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม Corresponding author

[3] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

[4] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

[5] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

videos, and gamification over traditional didactic lectures; and 5) Confusion regarding cannabis laws and support channels: Uncertainty about legal boundaries and reporting procedures.
Keywords: Cannabis, Adolescents, Health Literacy, Qualitative Research, Nakhon Phanom Province

บทนำ

แนวโน้มการใช้กัญชาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติและระดับประเทศ โดยเฉพาะภายหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ผ่อนปรนหรือทำให้กัญชาถูกกฎหมายบางส่วน งานวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่า แม้อัตราการใช้กัญชาในวัยรุ่นจะมีความผันผวนตามช่วงเวลา แต่กัญชายังคงเป็นสารเสพติดที่วัยรุ่นใช้มากที่สุด และมีรูปแบบการใช้ที่หลากหลายขึ้น ทั้งการสูบ การรับประทาน และผลิตภัณฑ์แปรรูป การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นควบคู่กับการลดลงของการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการทดลองใช้กัญชาในกลุ่มเยาวชน วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่สมองยังอยู่ระหว่างการพัฒนา โดยเฉพาะสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง และการประเมินความเสี่ยง[1] จากงานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า วัยรุ่นจำนวนมากมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาค่อนข้างน้อย และ มีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับการใช้กัญชาอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะในบริบทที่กัญชาถูกนำเสนอในเชิงบวก ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาค่อนข้างน้อย และมีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับการใช้กัญชา อยู่ในระดับน้อย สัมพันธ์กับการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมและ เพิ่มโอกาสการใช้กัญชาในช่วงวัยที่เปราะบาง ต่อผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต[2]

ประเทศไทยเริ่มผ่อนคลายสถานะของกัญชาอย่างเป็นลำดับ ตั้งแต่การอนุญาตให้ใช้เพื่อการแพทย์บางส่วนในปี พ.ศ. 2562–2563 และ มีการปลดล็อกกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งส่งผลให้การเข้าถึงกัญชาในระดับชุมชนและสังคมเพิ่มขึ้น[3,4,5,6] ซึ่งล้วนมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาต่อยอดกัญชาสู่มิติด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และ การท่องเที่ยวอย่างเป็นรูปธรรมแม้นโยบายดังกล่าวจะมีเป้าหมายด้านเศรษฐกิจและการแพทย์ แต่ยังขาดระบบสนับสนุนด้านการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนซึ่งอาจได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเข้าถึงที่ ง่ายขึ้น[6]

การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาในวัยรุ่นประเทศไทย ของอังติมา ปักกิ่งเมือง และคณะ[7] พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะประเด็นผลกระทบต่อสมอง กลไกการเสพติด และความเสี่ยงระยะยาว แม้นักเรียนจะรับรู้ว่ากัญชาอาจก่อให้เกิดอันตราย แต่ยังไม่สามารถอธิบายลักษณะของอันตรายดังกล่าวได้อย่างเป็นระบบ และการศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการใช้กัญชาของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เชิงลึก ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล และทักษะการตัดสินใจเชิงสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการใช้กัญชา[8] นอกจากนี้ การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้กัญชา ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–22 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ชี้ให้เห็นว่า เยาวชนมีทัศนคติเป็นกลางถึงเชิงบวกต่อกัญชา และมองว่ากัญชาเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ในสังคมภายหลังการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย โดยทัศนคติดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับการรับข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์และเครือข่ายเพื่อน[9] สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์สัมพันธ์กับทัศนคติเชิงบวก

ต่อกัญชา และเพิ่มโอกาสการทดลองใช้กัญชาในวัยรุ่น โดยเฉพาะเมื่อเนื้อหามีลักษณะเชิงบันเทิงหรือเชิงไลฟ์สไตล์มากกว่าการสื่อสารถึงอันตรายของกัญชา[10] งานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการใช้กัญชาในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง อิทธิพลของสื่อ ทัศนคติทางสังคม และบริบทเชิงนโยบาย ซึ่งการป้องกันที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้อง มุ่งเสริมสร้างความรอบรู้ ทางสุขภาพอย่างรอบด้าน ไม่จำกัดเพียงการให้ข้อมูลแต่รวมถึงทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง[11] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นจังหวัดชายแดนที่มีพลวัตทางสังคมสูงมีเส้นทางการคมนาคมที่เชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเข้าถึงสารเสพติดรวมถึงกัญชาได้ง่ายและหลากหลายรูปแบบ การทำความเข้าใจบริบทเฉพาะของเยาวชนในพื้นที่นี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นการศึกษามุมมอง ประสบการณ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความรอบรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาในวัยรุ่น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจบริบทจริงของวัยรุ่นไทย และเป็นฐานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของการเปลี่ยนผ่านเชิงนโยบายในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ การรับรู้ ความเข้าใจ และช่องว่างความรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชา

2. เพื่อศึกษากระบวนการการเกิดความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับกัญชาของวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม

3. เพื่อศึกษาอุปสรรคต่อความรอบรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาของวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวพรรณนา (Qualitative Descriptive Research) มุ่งเน้นการสำรวจและทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนบุคคล การรับรู้ และการให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ผ่านมุมมองของผู้ให้ข้อมูล โดยศึกษาว่าเหตุการณ์หรือสภาวการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกัญชา มีความหมายอย่างไรต่อตัววัยรุ่น และวิเคราะห์ข้อมูลผ่านการสังเกตความเชื่อมโยงของประเด็นต่าง ๆ จากมุมมองประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดนครพนม จำนวน 13 คน ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดนครพนม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้ และความต้องการด้านความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาในกลุ่มวัยรุ่น จังหวัดนครพนม

พื้นที่ศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีบริบททางสังคมวัฒนธรรม และนโยบายที่เอื้อต่อการเข้าถึง ข้อมูลและบริบทเกี่ยวกับกัญชา ภายหลัง การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านกัญชา ของประเทศไทย โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครพนม ถูกใช้เป็นพื้นที่หลักในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล เพื่อสะท้อนมุมมองของวัยรุ่นในบริบทพื้นที่จริงที่กำลังเผชิญการเปลี่ยนผ่านทางสังคมและสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน เกณฑ์การคัดเลือก และวิธีการคัดเลือก

ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย คือ นักเรียนวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดนครพนม จำนวน 13 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดนครพนม

2. มีอายุระหว่าง 13–15 ปี

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัย และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง (ในกรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยทุกคนได้ผ่านการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ให้ข้อมูล

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นคำถามปลายเปิดซึ่งครอบคลุมประเด็นความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชา แหล่งข้อมูลและอิทธิพลของสื่อ ประสบการณ์การเผชิญสถานการณ์เสี่ยง ความต้องการด้านทักษะและรูปแบบการเรียนรู้ รวมถึงความเข้าใจด้านกฎหมาย แนวคำถามสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและสุขภาพวัยรุ่น และมีการปรับถ้อยคำให้เหมาะสมกับบริบทและภาษาของวัยรุ่น

4. แบบบันทึกภาคสนาม ใช้สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ และบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวันสัมภาษณ์ เวลา ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของลักษณะท่าทาง ทั้งด้านภาษาพูด ท่าทางและความรู้สึก

5. เครื่องอัดเสียงแบบดิจิทัล

การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัยอิงตามกรอบแนวคิดของ Lincoln & Guba[12] ประกอบด้วย Credibility ใช้วิธี member checking และ peer debriefing เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความ Dependability จัดทำบันทึกกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ และทบทวนขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ Confirmability จัดเก็บหลักฐานการวิเคราะห์และบันทึกการตัดสินใจของผู้วิจัย (audit trail) เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ และ Transferability อธิบายบริบทการศึกษา ลักษณะผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic Analysis) ตามแนวทาง ของ Braun & Clarke[13] โดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Inductive) เพื่อหาแบบแผน ความเชื่อมโยงของข้อมูลและตอบคำถาม ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีขั้นตอน การดำเนินงาน 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ถอดเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์แบบ คำต่อคำ (Verbatim transcription) ตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังซ้ำ และอ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

2. วิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดโดยการดึงข้อความที่มีความหมายและเกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัยมาให้รหัส (Coding) ที่สะท้อนถึงความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3. นำรหัสที่ได้ทั้งหมดมาจัดกลุ่มและเชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน เพื่อสร้างเป็นร่างแก่นสารหรือ ใจความสำคัญ (Themes) ที่สะท้อนภาพรวมของข้อมูล

4. ตรวจสอบความสอดคล้องของแก่นสารเบื้องต้นกับข้อความที่ถอดรหัสไว้ และตรวจสอบ

กับภาพรวมของชุดข้อมูลทั้งหมด เพื่อดูว่าแก่นสารเหล่านั้นครอบคลุมและอธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างถูกต้องหรือไม่

5. กำหนดขอบเขต ความหมาย และ ตั้งชื่อแก่นสารแต่ละประเด็นให้กระชับ ชัดเจน และสะท้อนถึงแก่นแท้ของข้อมูล โดยจัดลำดับ เป็นแก่นสารหลักและแก่นสารรอง

6. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อความที่คัดสรรมาอย่างเหมาะสมเพื่อสนับสนุนแก่นสารแต่ละประเด็น พร้อมทั้งแปลความหมายและเชื่อมโยงกับบริบทของวัยรุ่นในพื้นที่

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เอกสารรับรองเลขที่ 155/2567 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เป็นนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดนครพนม จำนวน 13 คน มีอายุระหว่าง 13–15 ปี ประกอบด้วย เพศชายและเพศหญิง ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ไม่มีประสบการณ์ใช้กัญชาโดยตรงแต่มีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลและเผชิญกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในชีวิตประจำวัน แหล่งข้อมูลที่เข้าถึงบ่อยที่สุดคือ สื่อสังคมออนไลน์ รองลงมาคือกลุ่มเพื่อนและครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลและการเล่นเกมออนไลน์ บริบทดังกล่าวสะท้อนว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาส รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาจากหลายช่องทาง แม้ยังไม่เคยมีประสบการณ์ใช้กัญชาโดยตรง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (n = 13)

รหัส	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับชั้น	การเล่นเกมออนไลน์	ประสบการณ์ใช้กัญชา	แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ที่เข้าถึงบ่อย
P1	ชาย	13	ม.1	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน
P2	หญิง	13	ม.1	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน
P3	หญิง	13	ม.1	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน
P4	หญิง	15	ม.3	ไม่เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน, ครอบครัว
P5	หญิง	14	ม.2	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน, ครอบครัว
P6	หญิง	15	ม.3	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน, ครอบครัว
P7	หญิง	15	ม.3	ไม่เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, ครอบครัว
P8	หญิง	14	ม.2	ไม่เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, ครอบครัว
P9	ชาย	13	ม.1	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน
P10	ชาย	15	ม.3	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน
P11	ชาย	14	ม.3	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์
P12	ชาย	15	ม.3	เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน
P13	หญิง	13	ม.1	ไม่เล่น	ไม่เคยใช้	สื่อสังคมออนไลน์, เพื่อน

ผลการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดนครพนม สรุปได้ 5 ประเด็น ดังนี้

1. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลใช้สื่อออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูลหลักในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ทั้งในด้านประโยชน์ของกัญชา โทษของกัญชา แหล่งจำหน่ายและช่องทางการซื้อขายผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับกัญชา และยังพบว่าข้อมูลที่ปรากฏส่วนใหญ่ในสื่อออนไลน์เป็นลักษณะ “โปรโมท” เช่น การปลูก การทำอาหาร ผลิตภัณฑ์ที่ผสมกัญชา หรือการรีวิวการใช้กัญชาหรือการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมกัญชา เป็นต้น มากกว่าจะเป็นข้อมูลด้านอันตรายหรือคำเตือน เนื้อหาที่ให้ข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรงของกัญชาต่อสมอง และกฎหมายมีค่อนข้างน้อย ผู้ให้ข้อมูลบางคนเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น คิดว่ากัญชา “ปลอดภัยเพราะถูกกฎหมาย” หรือมองว่าการใช้ในปริมาณน้อย “ไม่เป็นไร” ทำให้ทัศนคติเชิงบวกถูกหล่อหลอมจากโลกออนไลน์โดยไม่ตั้งใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลได้รับความรู้จากครูในโรงเรียนที่มีการ ให้ความรู้ในรายวิชา หรือให้ความรู้ในการจัดกิจกรรมของโรงเรียน และผู้ปกครอง ที่ได้ให้ความรู้กับเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นความรู้ เชิงป้องกันให้เด็กเห็นถึงโทษผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากมีการใช้กัญชาหรือการใช้ผลิตภัณฑ์ ที่มีส่วนผสมกัญชา

“จากที่หนูเคยเห็นในสื่อออนไลน์ เวลาเราดูเฟซบุ๊กอย่างนี้นะคะ หนูเคยเจอคลิปสอนปลูกกัญชา ในคลิปเคยมีคนปลูกกัญชาโชว์ สอนละเอียดจริงจังมากๆ แต่ไม่มีใครบอกว่ามีอันตรายยังไงเลยค่ะหนูยังไม่เคยเห็นคลิปที่บอกถึงอันตรายของกัญชาว่ามันอันตรายยังไงเลยค่ะ” (รหัส P4)

“หนูได้ข้อมูลเรื่องกัญชา หลักๆ ก็จะเป็นในอินเตอร์เน็ตอย่างติ๊กต่อกหรือเฟซบุ๊ก หนูเห็นข้อมูลที่เขานัดกันค้าขาย การใช้ การปลูก ส่วนใหญ่ที่เจอเลยนะคะ เอาจริงๆ หนูไม่เห็นข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายเท่าไหร่ อาจเห็นผ่านๆ แต่หนูจำไม่ได้ มันน้อยมากๆ เลยที่จะเห็นคลิปพวกนี้ผ่านเข้ามา) (รหัส P8)

“ผมได้ทราบข้อมูลแรกๆ จากครูที่โรงเรียนเลยครับ ยังจำได้เลยในวันที่เรียนเรื่อง ยาเสพติด ครูก็สอนหลายอย่างนะครับและก็มี เรื่องกัญชาด้วยครับ ครูก็พูดถึงอันตรายของกัญชาตอนเรียนเรื่องยาเสพติด ว่ามันทำลายสุขภาพเรานะไม่ได้ช่วยให้เรียนดีขึ้นเลย ถ้าเราใช้มันกัญชาจะส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรม อาจทำให้ความจำลดลง และส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจด้วย” (รหัส P12)

2. ความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาในระดับทั่วไป ว่า “กัญชามีอันตราย” ต่อสุขภาพ แต่ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการใช้กัญชา ที่แท้จริงยังไม่เพียงพอ และยังไม่สามารถให้อธิบายได้ถึงกระบวนการการเกิดผลกระทบและอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อ ระบบสมอง กลไกการทำให้เสพติด ผลกระทบระยะสั้น–ระยะยาว และความเสี่ยงต่อพฤติกรรม แม้ผู้ให้ข้อมูลจะยอมรับว่ากัญชาไม่ใช่สิ่งที่ควรใช้ แต่ยังขาดความรู้ที่จะสามารถอธิบายเหตุผล ทางสุขภาพที่ชัดเจนได้ว่าเกิดผลกระทบต่อ สุขภาพอย่างไร เช่น ทำลายสมองอย่างไร ทำให้เสพติดอย่างไร หรือความเสี่ยงใดที่เกิดขึ้น ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

“หนูได้ฟังจากที่ครูสอนในห้องเรียนและ ก็ดูจากคลิปในเฟซบุ๊กมันก็น่ากลัวนะคะ และก็ไม่ปลอดภัยด้วยเห็นหลายคนก็บอกว่าไม่ดี ตัวหนูเองก็รู้ว่าไม่ดี แต่ไม่รู้ว่าสารไปทำอะไรในสมอง...ครูยังไม่เคยอธิบายแบบละเอียดค่ะ” (รหัส P3)

“หนูเคยได้ยินว่ากัญชาทำให้เบลอ ที่อ่านในข่าวในเน็ตอะนะคะ และมันก็ส่งผลหลายอย่างต่อสุขภาพของคนที่ใช้มัน เพื่อนบางคนก็บอกว่ามันทำให้อารมณ์ดี หัวเราะตลอดเหมือนคนบ้าค่ะ (หน้าตายิ้มๆ) แต่หนูเองก็ยังไม่รู้ว่ามันอันตรายยังไงหรือทำลายส่วนไหนของสมอง” (รหัส P6)

3. การโต้ตอบ การตัดสินใจ และ การจัดการสถานการณ์เสี่ยง

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าตนเองยังมีความรู้ในเรื่องกัญชาที่ไม่เพียงพอที่จะสามารถแลกเปลี่ยน โต้แย้ง หรือแสดงความคิดเห็นกับเพื่อน ๆ หรือบุคคลอื่นรอบข้างได้ โดยเฉพาะในสถานการณ์เสี่ยง เมื่อถูกชักชวนให้ใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา จะให้ข้อมูลเพื่อปฏิเสธอย่างไร หรือต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อปฏิเสธเพื่อกลุ่มนี้ และยังสะท้อนถึงความต้องการทักษะเชิงปฏิบัติ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง เช่น วิธีปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนใช้กัญชา วิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง วิธีให้คนรู้จักเลิกใช้กัญชา รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าการให้ข้อมูลเชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจริงคือ “หากถูกชักชวนจากเพื่อน ไม่รู้จะตอบอย่างไร”ทำให้ความรู้เชิงทักษะกลายเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการป้องกันตนเอง ในสถานการณ์จริง

“หากเพื่อนชวนก็ไม่รู้จะปฏิเสธแบบไม่ให้ทะเลาะยังไง เพราะว่าเราก็ไม่ค่อยรู้เท่าไหร่ครับ และก็มันคงปฏิเสธยากถ้ากลุ่มเพื่อมาชวน แต่ว่าถ้าเรามีวิธีที่ปฏิเสธได้ก็จะดีนะครับ ผมก็ไม่อยากลองถ้าไม่จำเป็นก็จะไม่ลอง” (รหัส P1)

“เราก็รู้นะครับว่ามันไม่ดี ครู พ่อ แม่ ก็บอกมา แต่ถ้าเวลาเพื่อนชวนคือทำตัวยังไงดี ไม่อยากโดนล้อว่าเราเป็นเด็กดีเกินไป เดี๋ยวก็จะ ไม่มีเพื่อน” (รหัส P9)

4. รูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่น

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการการให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาที่ “ไม่ใช่การสอนแบบผู้ใหญ่ สั่งสอน” แต่เป็นลักษณะเพื่อนคุยกัน ภาษาเข้าใจง่าย รวดเร็ว กระชับ และเป็นมิตร เช่น คลิปสั้น ภาพสวย อินฟลูเอนเซอร์ การเล่าเรื่องจากรุ่นพี่ การเรียนรู้ผ่านเกม เป็นต้น รูปแบบนี้ช่วยให้เกิดการยอมรับและการมีส่วนร่วมได้มากกว่า การสื่อสารเชิงวิชาการหรือเน้นข้อห้าม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า

“อยากเห็นภาพอันตรายจริง” เช่น ผลต่อสมอง ความเสี่ยงพฤติกรรม และผลลัพธ์ จากการใช้ในชีวิตจริง เป็นต้น ซึ่งมองว่าสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความเข้าใจได้มากกว่า

“สำหรับหนู คิดว่าถ้าคนพูดเหมือนรุ่นพี่จะโอเคกว่า ไม่อยากให้ผู้ใหญ่มาว่าอย่างเดียวค่ะ หรือว่าแบบเพื่อนคุยกันจะดีมากๆ หนูไม่ชอบ แบบว่าเหมือนผู้ใหญ่มาสั่ง ห้ามๆ มันรู้สึกอึกอัด ไม่มีเหตุผลเลยค่ะ” (รหัส P5)

“ถ้าถามหนูนะคะ ว่าถ้าจะมีรูปไหนที่จะเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาสำหรับหนูคิดว่าถ้าเป็นคลิป 30 วินาที มีภาพสมองให้เห็นเลยน่าจะเข้าใจง่ายกว่าเรียนในห้องเรียนค่ะ มันได้เห็นภาพ เห็นกระบวนการที่มันเกิดขึ้น ว่า อ๋อ มันไปแบบนี้ ๆ นี่เอง เราก็จะเข้าใจจำภาพได้” (รหัส P2)

“ผมคิดว่าน่าจะต้องการเรียนรู้ผ่าน การเล่น (หัวเราะ) เพราะว่าผมชอบเกมส์ครับ มันน่าจะสนุกไม่น่าเบื่อ เหมือนกับว่าเล่นไป ด้วยได้เรียนรู้ไปด้วย ถ้าเป็นเกมให้เล่นน่า จะจำข้อมูลได้มากกว่านั่งฟังครูสอนนะครับ” (รหัส P10)

5. ความสับสนเกี่ยวกับกฎหมายกัญชาและช่องทางช่วยเหลือ

ผู้ให้ข้อมูลมีความสับสนเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมายของกัญชา เช่น การพก การซื้อ การขาย การใช้ในพื้นที่สาธารณะ ผลทางกฎหมายถ้าตำรวจ

ตรวจพบ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับการรายงานหากพบการซื้อขายในโรงเรียนหรือชุมชน ต้องแจ้งใคร ต้องทำอย่างไร และจะเสี่ยงอันตรายหรือไม่ ความไม่ชัดเจน ในประเด็นนี้ทำให้หลายคนลังเลที่จะขอ ความช่วยเหลือ ทำให้ความรู้ด้านกฎหมาย เป็นหนึ่งในความต้องการสำคัญของวัยรุ่นในพื้นที่

“จริง ๆ แล้ว เรื่องพวกกฎหมายที่ออกมาตามข่าว หนูก็ยังไม่แน่ใจเลยว่าตอนนี้กัญชาถูกกฎหมายจริงไหม ใช้ได้แค่ไหน หนูก็งงว่ามันถูกหรือผิดกันแน่ ใช้ได้จริงไหมมีกำหนดอายุที่ใช้ได้ไหม คิดว่าเพื่อน ๆ หนูเองก็สับสนเหมือนกันว่ามันดี หรือไม่ดี บางทีก็คิดว่ามันน่าจะดีนะเพราะว่าถูกกฎหมายแล้ว ” (รหัส P4)

“ในโรงเรียนไม่น่ามีคนมาขายได้ แต่ว่าถ้าเจอคนขายในหมู่บ้านควรทำยังไง แจ้งใคร กลัวแจ้งแล้วเขารู้ว่าเราบอก จะโดนทำอะไรหรือเปล่าไม่รู้ค่ะ” (รหัส P13)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้เห็นได้ว่าวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาได้ทั้งในรูปแบบออนไลน์ และจากครูหรือผู้ปกครอง ที่คอยให้ข้อมูลแก่ตัววัยรุ่น ตัววัยรุ่นเองสามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาใน ระดับทั่วไป ว่า “กัญชามีอันตราย” ต่อสุขภาพ แต่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการใช้กัญชาที่แท้จริงทำให้ไม่มีความมั่นใจในการโต้ตอบการตัดสินใจ การปฏิเสธ และการแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องกัญชา เมื่อเจอสถานการณ์เสี่ยงที่ต้องปฏิเสธ สิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพ ในเรื่องนี้ได้คือ การสร้างรูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นมี ความเข้าใจที่มากขึ้น นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจได้ เช่น คลิปสั้น อินฟลูเอนเซอร์ การเล่าเรื่องจากรุ่นพี่ การเรียนรู้ผ่านเกม เป็นต้น อีกทั้งการให้ความรู้ด้านกฎหมาย ซึ่งจะส่วนเป็นหนึ่งที่เติมเต็มความรู้นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไปของวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดนครพนมได้ ประสบการณ์ การรับรู้ ความเข้าใจ และช่องว่างความรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับอันตรายจาก การใช้กัญชา การศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้หลากหลายช่องทางทั้ง ในรูปแบบออนไลน์ และจากครูหรือผู้ปกครอง สามารถรับรู้ข้อมูลและมีความเข้าใจในระดับทั่วไปว่ากัญชาอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความรู้ดังกล่าวยังอยู่ในระดับผิวเผินและไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น กลไก การออกฤทธิ์ต่อสมอง กระบวนการเสพติด และผลกระทบระยะยาวต่อพัฒนาการทางสมองและพฤติกรรม เป็นต้น ปรากฏการณ์ที่วัยรุ่นมีความรู้ทั่วไปแต่ขาดความเข้าใจเชิงลึกนี้ สามารถอธิบาย ผ่านบริบทการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านกัญชา ซึ่ง Ladegard และ Bhatia[14] รวมถึง Yimsaard และคณะ [6] ชี้ให้เห็นว่าการผ่อนปรนทางกฎหมายมักส่งผลให้เยาวชนเกิดความสับสนและมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ลดลง ข้อค้นพบนี้สะท้อนลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับเข้าถึงข้อมูลสามารถรับรู้ แต่ยังไม่เพียงพอต่อ การสนับสนุนการตัดสินใจเชิงสุขภาพในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Harrison และคณะ[2] ที่พบว่าวัยรุ่นในปัจจุบัน มีการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้กัญชาต่ำลง อย่างมาก ประกอบกับการที่กัญชาถูกพัฒนาให้ อยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงง่าย มีความหลากหลาย และดูเป็นมิตรกับวัยรุ่น เช่น ผลิตภัณฑ์อาหาร ขนม เป็นต้น[1,15] ยิ่งส่งผลให้ช่องว่างความรู้ เรื่องอันตรายที่แท้จริงขยายกว้างขึ้น ข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องในเชิงประสบการณ์ กับงานวิจัยในประเทศไทยที่รายงานว่าวัยรุ่นและเยาวชนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะในประเด็นผลกระทบต่อระบบประสาท

กลไกการเสพติด และความเสี่ยงระยะยาว แม้จะรับรู้ว่ากัญชา อาจก่อให้เกิดอันตรายก็ตาม[7,8] ความสอดคล้องดังกล่าวสะท้อนรูปแบบการรับรู้ที่คล้ายคลึงกัน ในกลุ่มวัยรุ่นไทยในบริบทที่กัญชามีการเข้าถึง ได้ง่ายขึ้นภายหลังการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย

กระบวนการเกิดความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับกัญชาของวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม การศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าถึงข้อมูลและรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด โดยเฉพาะจากอินฟลูเอนเซอร์ในสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอรูปแบบบันเทิง นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ข้อมูล จากครูหรือผู้ปกครอง ที่คอยให้ข้อมูลแก่ตัววัยรุ่นจากที่โรงเรียนและที่บ้าน พฤติกรรมการรับข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Vogel และคณะ[10] และ Lee และคณะ[16] ที่ระบุว่าการใช้ สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์อย่างมากกับ การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อกัญชาและเพิ่มโอกาสในการเริ่มทดลองใช้ของวัยรุ่น ซึ่งตรงกับบริบทของวัยรุ่นไทยในปัจจุบันที่มองว่ากัญชาเป็นสิ่งที่ยอมรับได้มากขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลจากเครือข่ายสังคมออนไลน์[9]

เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด ความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) ของ กรมอนามัย[17] ตามกรอบแนวคิด “เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บอกต่อ” เห็นได้ว่าวัยรุ่นในจังหวัดนครพนมมีทักษะ เข้าถึง และเข้าใจ เท่านั้น เมื่อพิจารณาประกอบกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[18] จะเห็นได้ชัดเจนว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความรอบรู้ เพียงระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ที่สามารถรับข้อมูลได้ แต่ยังขาดทักษะในระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณญาณ (Interactive and critical health literacy) ทำให้เมื่อต้องเผชิญแรงกดดันจากเพื่อนหรือสถานการณ์เสี่ยง พวกเขาจึงไม่มั่นใจที่จะโต้ตอบหรือปฏิเสธ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะด้านความรอบรู้เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนา ขีดความสามารถให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ต่อไปประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอังติมา ปักกิ่งเมือง และคณะ[7] ในการศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายภายหลัง การรับชมสื่ออินโฟกราฟิกส์ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.25 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาอยู่ในระดับต่ำ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้แต่ยัง ขาดความรู้เชิงลึก และการศึกษาของลลินา สกุลพาเจริญ[19] ที่พบว่านักเรียนมีความรอบรู้ด้านทักษะการเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น นอกจากนี้ การที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้น “เพื่อนคุยกับเพื่อน” หรือสื่อที่เข้าใจง่ายและรวดเร็วนั้น เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura[20] ที่อธิบายว่าวัยรุ่น มักเรียนรู้และเกิดการยอมรับผ่านการสังเกต ตัวแบบ (Modeling) การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับวัยรุ่นกลุ่มนี้ จึงควรหลีกเลี่ยงการสั่งสอนแบบทางเดียว แต่ควรใช้กระบวน การเรียนรู้เชิงรุกที่สร้างการมีส่วนร่วมและ ส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองตามหลักวิชาการ[11]

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นจังหวัดนครพนมซึ่งยังไม่เคยมีประสบการณ์ใช้กัญชาโดยตรง ผลการศึกษา อาจสะท้อนมุมมองและการรับรู้ในบริบทเฉพาะของพื้นที่และช่วงเวลาศึกษา จึงไม่สามารถ สรุปอ้างอิงไปยังวัยรุ่นในบริบทอื่นได้โดยตรง นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลในประเด็นที่ละเอียดอ่อนและเกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติดอาจมีข้อจำกัดเรื่องความระมัดระวังในการให้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย (Social Desirability Bias) แม้ผู้วิจัยจะพยายามสร้างความไว้วางใจและรักษาความลับอย่างเคร่งครัดแล้วก็ตาม ซึ่งอาจ ทำให้ข้อมูลบางส่วนเกี่ยวกับประสบการณ์ การเผชิญสถานการณ์เสี่ยงไม่ได้รับการเปิดเผยอย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้กัญชาในวัยรุ่น โดยออกแบบเป็นโปรแกรมแบบผสมผสาน (hybrid program) ที่เชื่อมโยงการเรียนรู้ออนไลน์กับการฝึกทักษะภาคปฏิบัติ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันช่องว่างความรู้และทัศนคติที่พบ จากการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเปรียบเทียบในกลุ่มวัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์ตรงในการใช้กัญชาเพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยกระตุ้นและเส้นทางการเข้าสู่การใช้สารเสพติด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบระบบคัดกรองและบำบัดรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund; FF) จัดสรรงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2567

เอกสารอ้างอิง

1. Yang J, Mejia MC, Sacca L, Hennekens CH, Kitsantas P.(2024). Trends in marijuana use among adolescents in the United States. Pediatr Rep. 2024;16(4):872-9.
2. Harrison ME, Kanbur N, Canton K, Desai TS, Lim-Reinders S, Groulx C, et al.(2024). Adolescents' cannabis knowledge and risk perception: A systematic review. J Adolesc Health. 2024;74(3):402-40.
3. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก (18 กุมภาพันธ์ 2562). หน้า 1-17.
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 290 ง (14 ธันวาคม 2563). หน้า 33-4.
5. กฎกระทรวง การขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 79 ก (26 พฤศจิกายน 2564). หน้า 1-38.
6. Yimsaard P, Lancaster KE, Sohn AH.(2023). Potential impact of Thailand's cannabis policy on the health of young adults: Current status and future landscape. Lancet Reg Health Southeast Asia. 2023;10:100145.
7. อังติมา ปักกิ่งเมือง, ภารวี บุญมาเลิศ, จตุรัส พูลมงคล, รุ้งนภา เต็งไตรสรณ์.(2568). การศึกษาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนละแวกมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสมุทรปราการ ภายหลังการรับชมสื่ออินโฟกราฟิกส์. ใน: รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10 "งานวิชาการรับใช้สังคม". สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2568. หน้า 130-45.
8. ธนพร วรรณกูล, ศุภลักษณ์ พื้นทอง, สุพร พริ้งเพริศ.(2567). ปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการใช้กัญชาของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2567;9(1):207-20.

9. ขวัญชนก มีบ้านเกิ้ง, ปางธรรม สวนเจริญ, ธีร จูฑา, ศุภณัฐ ช่วยชีพ, ศุจิมน มังคลรังสี.(2567). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-22 ปีในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2567;13(2):87-94.
10. Vogel EA, Romm KF, Massey ZB, Cohn AM.(2025). Social media use, cannabis attitudes, and cannabis use among adolescents: An observational study. Prev Med Rep. 2025;55:103126.
11. สุรสิงห์ สมบัติ, นงค์นุช แน่นอุดร, ภาสิต ศิริเทศ, มนเทียร วงศ์เทียนหลาย, ชานนท์ ชูศรีวัน, Duch C, และคณะ.(2567). กัญชากับวัยรุ่น. บูรพาเวชสาร. 2567;11(1):115-27.
12. ชาย โพธิสิตา.(2562). ศาสตร์และศิลป์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
13. Braun V, Clarke V.(2006). Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
14. Ladegard K, Bhatia D.(2023). Impact of cannabis legalization on adolescent cannabis use. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2023;32(1):1-12.
15. Mital S, Nguyen HV.(2025). Legalizing youth-friendly cannabis edibles and extracts and adolescent cannabis use. JAMA Netw Open. 2025;8(4):e2412345.
16. Lee J, Krishnan-Sarin S, Kong G.(2023). Social media use and cannabis vaping initiation among U.S. youth. Drug Alcohol Depend. 2023;249:109949.
17. วชิระ เพ็งจันทร์.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน: เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
18. Nutbeam D.(2008). The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12): 2072-8.
19. ลลินา สกุลพาเจริญ.(2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของ กลุ่มวัยเรียน ในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):230-43.
20. Bandura A.(1977). Social learning theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a self-management promotion program through health station mechanisms for patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus, at the Community Health Center, Kosumphisai Hospital, Mahasarakham Province

(Received: June 26,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

วีระวุฒิ ศรีอำนวย[1] พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์[1] นงลักษณ์ โคกสีอำนวย[1] มัตติกา พิมพ์ชารี[1] ปรียาดา ผิวพันธมิตร[1]
Veerawut Sri-amnuay[1] Phanomporn Arampongphan[1] Nonglak Khoksi-amnuay[1] Mattika Pimcharee[1] Priyada Phiwpanmit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนาโปรแกรม คือ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างในระยะประเมินผล คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c 7-9%) อายุ 35-65 ปี จำนวน 60 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรม แบบบันทึกค่า HbA1c และระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ ครบ 12 สัปดาห์ คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=60) อยู่ในระดับดี เฉลี่ย 80.44 ± 15.76 คะแนน โดยด้านการควบคุมอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 41.25 ± 5.32 คะแนน รองลงมาคือด้านการใช้ยา 34.60 ± 2.10 คะแนน ด้านการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 31.15 ± 6.45 คะแนน ด้านการออกกำลังกาย 29.80 ± 8.15 คะแนน และด้านการจัดการความเครียด 28.40 ± 5.80 คะแนน ตามลำดับ ด้านระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 8.09 ± 1.20 เป็น 7.19 ± 1.08 (Mean Difference = 0.92, t = 5.39, df = 54, p < .001) ด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี เฉลี่ย 4.17 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีมาก เฉลี่ย 4.48 ± 0.74 รองลงมาคือด้านจิตใจ 4.17 ± 0.92 ด้านร่างกาย 3.94 ± 0.96 และด้านความสัมพันธ์ 3.89 ± 1.14 ตามลำดับ และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เฉลี่ย 4.47 ± 0.67

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, การจัดการตนเอง, สถานีสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a self-management program through health station mechanisms for patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. The research was conducted from January to June 2025, a total of 6 months. The sample group in the program development phase consisted of a multidisciplinary team of 10 people and 10 village health volunteers. The sample group in the evaluation phase consisted of 60 patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus (HbA1c 7-9%) aged 35-65 years. Research instruments included a general and health information record form, a behavior assessment form, an HbA1c and blood glucose level record form, a quality-of-life assessment form, and a satisfaction assessment form.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

The research results showed that... After completing the 12-week program, the overall self-management behavior scores of the sample group (n=60) were at a good level, averaging 80.44 ± 15.76 points. Dietary control had the highest average score at 41.25 ± 5.32 points, followed by medication use at 34.60 ± 2.10 points, blood glucose monitoring at 31.15 ± 6.45 points, exercise at 29.80 ± 8.15 points, and stress management at 28.40 ± 5.80 points, respectively. HbA1c levels decreased significantly from 8.09 ± 1.20 to 7.19 ± 1.08 (Mean Difference = 0.92, t = 5.39, df = 54, p < .001). Overall quality of life was at a good level, averaging 4.17 points. When considering individual aspects, the environment was at a very good level, averaging 4.48 ± 1.20 points. The highest satisfaction score for the program was 0.74, followed by the mental aspect at 4.17 ± 0.92, the physical aspect at 3.94 ± 0.96, and the relationship aspect at 3.89 ± 1.14, respectively. Overall, the sample group's satisfaction with the program was at the highest level, averaging 4.47 ± 0.67.

Keywords: Uncontrolled type 2 diabetes, self-management, health station

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นทั่วโลก ผู้ใหญ่อายุ 20-79 ปีที่มีภาวะเบาหวานมีจำนวน 463.00 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.30 ของประชากรกลุ่มอายุดังกล่าว และคาดประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 700.00 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2045[1] ข้อมูลล่าสุดยืนยันแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยทั่วโลกในปี ค.ศ. 2024 สูงถึง 589.00 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.10 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 853.00 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 มากกว่าร้อยละ 90.00 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและสามารถป้องกันหรือชะลอความรุนแรงได้ด้วยการจัดการตนเองที่เหมาะสม[2]

สถานการณ์ในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.50 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.90 ในการสำรวจครั้งก่อน หากใช้เกณฑ์ฮีโมโกลบินเอวันซีตั้งแต่ร้อยละ 6.50 ขึ้นไป พบความชุกสูงถึงร้อยละ 11.00 และพบว่าร้อยละ 30.60 ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมาก่อน กลุ่มที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลขณะอดอาหารซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงพบร้อยละ 10.70[3] ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนว่าการควบคุมโรคเบาหวานระดับประเทศยังไม่บรรลุเป้าหมาย และมีผู้ป่วยจำนวนมากขาดการดูแลอย่างเป็นระบบ ปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือความสามารถในการจัดการตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักสามด้าน ได้แก่ ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง การกำกับตนเองหรือการติดตามและประเมินพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่อง และการจัดการด้านอารมณ์เพื่อรับมือกับความเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยขาดองค์ประกอบเหล่านี้ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองจะไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงเกินเกณฑ์เป็นเวลานานและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ทั้งทางหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ครอบคลุมไต ตา และระบบประสาทส่วนปลาย เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว[4,5]

จังหวัดมหาสารคามมีอัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงสามปีที่ผ่านมา จากร้อยละ 22.18 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 23.42 ในปี 2565 และร้อยละ 24.55 ในปี 2566 เช่นเดียวกับอำเภอโกสุมพิสัยที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.36 เป็นร้อยละ 18.50 และร้อยละ 19.65 ในช่วงเวลาเดียวกัน[6] ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการควบคุมโรคเบาหวานของประเทศ เมื่อพิจารณาระดับหน่วยบริการ ศูนย์สุขภาพชุมชน

ตำบลหัวขวางมีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน 1,391 คน แต่มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 34.51 พฤติกรรมที่พบบ่อยในกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และการรับประทานยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัยที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังขาดความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ[7]

ในมุมมองทางการพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ต้องการการดูแลต่อเนื่องตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง จนถึงระยะจำหน่ายหรือกลับสู่ชุมชน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกโรคเรื้อรังจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้เมื่อกลับสู่ชุมชน[8] แต่ในทางปฏิบัติ ระยะเวลาตรวจในคลินิกผู้ป่วยนอกที่จำกัดและภาระงานของพยาบาลทำให้การให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมรายบุคคลทำได้ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยจึงขาดพื้นที่และกลไกสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อออกจากสถานบริการ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบเดิมที่ยึดสถานพยาบาลเป็นศูนย์กลางและให้บริการเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมาตามนัด มีข้อจำกัดในการติดตามพฤติกรรมระหว่างนัดและไม่สอดคล้องกับลักษณะของโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จำเป็นต้องปรับจากบริการเชิงรับไปสู่ระบบบริการที่บูรณาการ เน้นการป้องกัน และดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม[9] สถานีสุขภาพเป็นกลไกบริการระดับชุมชนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางการดำเนินงานไว้ครอบคลุมการจัดบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการฝึกทักษะและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีบันทึกและติดตามข้อมูลสุขภาพ และการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชน[10] การทบทวนผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นพบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้สถานีสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้อย่างมีความแตกต่างทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลไกนี้มีศักยภาพในการเสริมช่องว่างของรูปแบบบริการแบบเดิมได้[11]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นในการนำแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองมาประยุกต์ผ่านกลไกสถานีสุขภาพในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ทีมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยร่วมคิดร่วมพัฒนา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และครอบครัว โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการตามวงจร PAOR ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของรูปแบบ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) การสรุป ปรับปรุง และพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง โดยในขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ใช้การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบ มีการทบทวนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร การวิจัยครั้งนี้แบ่งประชากรตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ ขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวางและเครือข่ายสถานีสุขภาพในพื้นที่ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำสถานีสุขภาพ และขั้นตอนการสังเกตและสะท้อนผล ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และผู้ดูแลหลัก ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวางและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การวางแผนและพัฒนารูปแบบ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน รวม 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำสถานีสุขภาพตำบลหัวขวาง จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือปฏิบัติงานในสถานีสุขภาพไม่น้อยกว่า 1 ปี และกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดร้อยละ 7.00-9.00 อายุ 35-65 ปี ไม่มีโรคร่วมที่รุนแรงและซับซ้อน อ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้ ที่มารับบริการที่สถานีสุขภาพชุมชนตำบลหัวขวางและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 60 ราย และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยแต่ละรายจำนวน 60 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 20 + 60 + 60 รวม 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป (กลุ่มสนทนา, ทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลหลัก แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบบันทึกค่า HbA1c และระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไก

สถานีสุขภาพ และแบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และด้านการจัดการความเครียด รวมถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน (One Group Pretest-Posttest) โดยก่อนเลือกใช้สถิติได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจะใช้สถิติ Paired Samples t-test และหากข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติจะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-rank Test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาบริบทและสถานการณ์ในระยะที่ 1 รวมถึงการสังเกตและการสะท้อนผลในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลักที่สะท้อนถึงสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ได้ออกหนังสือรับรองอนุมัติเลขที่ 14 / 2568 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ศูนย์สุภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง ทั้งหมด 1,391 คน การเปิดให้บริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2วันผู้รับบริการเฉลี่ย 120 คน/วัน มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 75 และศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวางมีการเปิดให้บริการสถานีสุขภาพตำบลในทุกหมู่บ้าน เพื่อให้บริการกับประชาชนทั่วไปได้เข้าถึงการจัดการตนเองด้านสุขภาพแบบใกล้บ้านใกล้ใจ การศึกษาโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการสุขภาพตนเองที่สถานีสุขภาพ เช่นเจาะน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว สามารถทำได้เองและส่งข้อมูลปรึกษาปัญหาสุขภาพได้ที่ไลน์หมอพร้อม หรือไลน์หมอ 2 ผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 10 คนพบว่า เพศชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40 เพศหญิง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 60.5 ปี อาชีพทำเกษตรกรรมร้อยละ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และรับจ้างทั่วไป 2 คนคิดเป็นร้อยละ 20จบการศึกษามัธยมต้นมากที่สุด 5 คนคิดเป็นร้อยละ 50 และรองลงมาคือ ประถมศึกษา 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ผลการจัดการสุขภาพตนเองผ่านโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารดีที่สุดมีค่าคะแนนเฉลี่ย 40.87(SD=7.66) รองลงมาคือด้านการใช้ยา

เบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ย 33.50 (SD=6.07) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 28.62 (SD=9.77) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดและด้านการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 27.50 (SD=8.94), 27.12 (SD=10.02) ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) คือ7.86 (SD=0.99)มีแนวโน้มลดลงจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการจัดการตนเองผ่านสถานีสุขภาพสามารถเข้าถึงอุปกรณ์การตรวจ คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นได้ทันทีทำให้เกิดความตะหนักรู้ถึงสุขภาพตนเอง อาการที่เป็น และปรึกษาหมอ 2 ได้ทันที แต่ปัญหาที่พบคือ ไม่มีแนวทางการขอคำปรึกษา หรือแนวทางปฏิบัติตัวที่ชัดเจน

2. กระบวนการพัฒนาโปรแกรม ขั้นตอนการพัฒนา ตามกระบวนการ PAOR ประกอบด้วย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย การร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนผล กลุ่มเป้าหมายเป้น การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ มีการดำเนินการดังนี้

1) มีคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มีองค์ประกอบของคู่มือคือความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานแนวทางการควบคุมอาหาร พร้อมตัวอย่างเมนูและการแลกเปลี่ยนอาหารการออกกำลังกายที่เหมาะสม พร้อมภาพประกอบการใช้ยาและการฉีดอินซูลินการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองการจัดการภาวะน้ำตาลต่ำ/สูงและตารางบันทึกการดูแลตนเองประจำวัน

2) มีการจัดการตนเองตามแผนการจัดกิจกรรมที่สถานีสุขภาพ (Health station) ประกอบด้วย 12 กิจกรรม (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

3) สมุดบันทึกการดูแลตนเองรายละเอียดการบันทึกประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษาตารางบันทึกระดับน้ำตาลประจำวันบันทึกการรับประทานอาหารบันทึกการออกกำลังกายบันทึกการใช้ยาบันทึกอาการผิดปกติและแบบประเมินตนเองรายสัปดาห์

3. การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

3.1 การนำโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ลงสู่การปฏิบัติ ที่สถานีสุขภาพ เก็บข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบสถานีสุขภาพ line groupผลการศึกษา ดังนี้การศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 60 คน เป็นเพศชาย 16 คนคิดเป็นร้อยละ 24.60 เป็นเพศหญิง 44 คนคิดเป็นร้อยละ 67.70 มีอายุเฉลี่ย 56 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา 22 คนคิดเป็นร้อยละ 36.66 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา 21 คนคิดเป็นร้อยละ 35.01 ระดับปริญญาตรี 17 คนคิดเป็นร้อยละ 28.33และสูงกว่าปริญญาตรี 2 คนคิดเป็นร้อยละ 3.33 กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ มีผลการจัดการ ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารดีมากค่าคะแนนเฉลี่ย 41.25 (SD=5.32) รองลงมาคือด้านการใช้ยาค่าคะแนนเฉลี่ย 34.44 (SD=2.10) ด้านการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดค่าคะแนนเฉลี่ย 31.15 (SD=6.45) ด้านการออกกำลังกายค่าคะแนนเฉลี่ย 29.80 (SD=8.15) ด้านการจัดการความเครียดค่าคะแนนเฉลี่ย 28.40 (SD=5.80) คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 80.44 (SD=15.76)

3.2 ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เฉลี่ย 8.47 (S.D.=1.20) โดยมีค่าต่ำสุด 6.0 และค่าสูงสุด 12.5 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ยลดลงเป็น 7.19 (S.D.=1.08) โดยมีค่า

ต่ำสุด 4.7 และค่าสูงสุด 9.5 ซึ่งลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เฉลี่ย 1.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เฉลี่ย 8.09 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เฉลี่ย 7.17 โดยมีค่าเฉลี่ยผลต่าง (Mean Difference) เท่ากับ 0.92 ค่า t-statistic เท่ากับ 5.39 ที่องศาอิสระ (df) 54 ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.0001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=60)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	HbA1c ก่อน	HbA1c หลัง	Mean Difference	*t*	df	p
Paired Samples t-test	8.09	7.17	0.92	5.39	54	< 0.0001

3.4 ระดับคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพชุมชน พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 4.17 และถ้าพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.48 (SD=0.71)เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเรียงตามลำดับคือ ด้านจิตใจดี ด้านร่างกายดี และด้านความสัมพันธ์ดี ค่าเฉลี่ย 4.17 (SD=0.92), 3.94 (SD=0.96),และ 3.89 (SD=1.14) ตามลำดับ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด (4.47±0.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ความรู้ความสามารถของวิทยากร และคุณภาพของสื่อมีความชัดเจนและใช่งานได้ง่าย คะแนนเฉลี่ย (4.64± 0.50) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพในครั้งนี้ได้มาจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผ่านการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเป็นระบบในระยะที่ 1 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ส่วนใหญ่มีปัญหาการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างไม่ต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ประกอบด้วยคู่มือการจัดการตนเอง แผนกิจกรรม 12 ครั้ง สมุดบันทึกสุขภาพรายวัน และแนวทางการปฏิบัติที่สถานีสุขภาพ โดยยึดกรอบทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้และทักษะการกำกับตนเอง และการจัดการอารมณ์ สอดคล้องกับแนวคิดของ Kanfer[4] ที่กล่าวว่าการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยการกำกับตนเอง การประมาณตนเอง และการเสริมแรงตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับแนวคิดของ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต[5] ที่เน้นการตระหนักในตน การรับรู้ความสามารถของตน การ

กำกับตนเอง และการปรับพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการตนเอง

กระบวนการพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน ทำให้โปรแกรมมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคภูมิ อินทร์ม่วง และคณะ[12] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการพัฒนาที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหวิชาชีพทำให้รูปแบบที่ได้มีองค์ประกอบครอบคลุมทั้งการสนับสนุนการจัดการตนเอง การติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ การเข้าถึงบริการ การระดมทรัพยากร และการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กลไกสถานีสุขภาพที่เปิดให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองและส่งข้อมูลปรึกษาผ่าน Line Application ถือเป็นการบูรณาการเทคโนโลยีเข้ากับการดูแลสุขภาพชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พันธ์ทิพย์ ศรีตะบุตร[13] ที่พบว่าการบูรณาการทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับการใช้เทคโนโลยี Telemedicine และ Line Application สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการมีสมุดบันทึกสุขภาพรายวันและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยสามารถติดตามตนเองได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ เพ็ญนภา บุญพุฒ[14] ที่พบว่าการใช้สมุดบันทึกสุขภาพร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพูนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในภาพรวมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านการควบคุมอาหาร รองลงมาคือด้านการใช้ยา ด้านการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดตามลำดับ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีกิจกรรมเรียงลำดับอย่างเป็นระบบทั้ง 12 ครั้ง ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกมิติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา นวะมะวัฒน์[15] ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประกอบด้วยการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดซึ่งมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น และมีความปรวนแปรของคะแนนในระดับที่สูง อาจเกิดจากความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การจัดสรรเวลา ลักษณะงาน และบริบทชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับ Changsieng et al.[16] ที่พบว่าการออกกำลังกายและการปรับพฤติกรรมความเครียดต้องการการสนับสนุนเฉพาะรายบุคคลมากกว่าพฤติกรรมด้านอื่น ดังนั้นในการพัฒนาโปรแกรมในอนาคตจึงควรเพิ่มแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมตามความแตกต่างรายบุคคลมากยิ่งขึ้น ด้านระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นรูปธรรม แม้ค่าเฉลี่ย HbA1c ภายหลังการทดลองยังเกินเกณฑ์เป้าหมายที่ร้อยละ 7.00 เล็กน้อย แต่ทิศทางที่ลดลงถือเป็นตัวชี้วัดที่ดีมากในเชิงสาธารณสุข เนื่องจากการลดลงของ HbA1c แม้เพียงร้อยละ 1.00 มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน

ทางจุลนาฬิกาได้ถึงร้อยละ 37.00[17] ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญนภา บุญพุฒ[14] ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพทำให้ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชสุดา ไชยสัตย์[15] ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม และการติดตามผลทางคลินิกทำให้ HbA1c และค่า FBS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงสอดคล้องกับ Khapre et al.[16] ที่พบว่าการศึกษาการจัดการตนเองด้านเบาหวานเป็นระยะเวลา 3 เดือนทำให้ HbA1c ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลหลังมื้ออาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาวิเคราะห์อภิมานของ Pasqualotto et al.[17] ซึ่งรวบรวมการศึกษา 44 เรื่องในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง พบว่าโปรแกรม DSME ช่วยลด HbA1c ได้เฉลี่ยร้อยละ 0.64 โดยปัจจัยที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิผลสูง ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่โปรแกรมนี้มีครบถ้วน

ผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพ โดยประเมินด้วยแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพในชุมชนผ่านกลไกสถานีสุขภาพและ Line Group ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลตนเองอยู่รอบข้าง ส่งผลโดยตรงต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่สูงที่สุด คุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่อยู่ในระดับดีเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในแต่ละกิจกรรม ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สอดคล้องกับ Kanfer[4] ที่กล่าวว่าการเสริมแรงตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อสภาวะจิตใจและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพในระยะยาว และสอดคล้องกับ Yeh et al.[19] ซึ่งใช้โปรแกรม Telemedicine ร่วมกับ Health Belief Model ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน พบว่าสมรรถนะการจัดการตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในภาพรวม คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีคะแนนต่ำที่สุดในบรรดาทุกด้าน อาจสะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเรื้อรังยังคงส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยบางส่วน ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาในโปรแกรมครั้งต่อไป โดยอาจเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอของ Ferrer et al.[20] ที่เน้นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระยะยาว

ด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือความรู้ความสามารถของวิทยากรและคุณภาพของสื่อที่ชัดเจนและใช้งานง่าย สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพของบุคลากรผู้ถ่ายทอดความรู้และคุณภาพสื่อการเรียนรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและการยอมรับโปรแกรมของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคภูมิ อินทร์ม่วง และคณะ[12] ที่พบว่าการออกแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและการมีทีมวิทยากรที่มีทักษะการถ่ายทอดเหมาะสมมีความสำคัญต่อการยอมรับและการนำโปรแกรมไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจด้านกิจกรรมที่มีความเห็นแตกต่างกันในระดับที่มีนัยสำคัญบ่งชี้ว่า

กิจกรรมบางส่วนอาจยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกรายได้อย่างเท่าเทียม ซึ่งควรนำข้อมูลนี้ไปปรับปรุงการออกแบบกิจกรรมให้มีความยืดหยุ่นและตอบสนองความต้องการรายบุคคลมากยิ่งขึ้นในการพัฒนาโปรแกรมระยะต่อไป สอดคล้องกับข้อเสนอของ Changsieng et al.[16] ที่เน้นความจำเป็นของการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับความแตกต่างของสมรรถนะการดูแลตนเองในผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านกลไกสถานีสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยปรับองค์ประกอบของโปรแกรมให้สอดคล้องกับกำลังคน ทรัพยากร และลักษณะประชากรของแต่ละพื้นที่ รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชนตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนและออกแบบโปรแกรม เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมและความยั่งยืนในระยะยาว

2. ควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและการใช้กลไกสถานีสุขภาพซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อรักษาระดับความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการฝึกทักษะการให้คำปรึกษารายกรณีและการอ่านแปลผลข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นที่สถานีสุขภาพ

3. ควรดำเนินการประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อทบทวนผลการดำเนินงานโปรแกรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอทุกไตรมาส เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนำผลไปปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นในแต่ละรอบการดำเนินงาน

4. ควรพัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมในรูปแบบฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกับระบบ SR-7 หรือ Line Application เพื่อให้บุคลากรและผู้บริหารสามารถติดตามอัตราการควบคุม HbA1c คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แบบ Real-time และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับอำเภอได้อย่างทันการณ์

5. ควรประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหัวขวางและตำบลใกล้เคียง เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ตรวจวัดสุขภาพเบื้องต้นและสื่อความรู้ที่เรียบง่ายปฏิบัติได้จริงประจำสถานีสุขภาพทุกแห่ง อันจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงกลไกการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน พยาบาลและบุคลากรโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2019). IDF diabetes atlas (9th ed.).
2. International Diabetes Federation. (2025). IDF diabetes atlas (11th ed.).

3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425
4. Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods (3rd ed., pp. 283-345). Pergamon Press.
5. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 8). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/
7. อาคม รัฐวงษา. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(2), 124-133. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej
8. นิพพาภัทร์ สินทรัพย์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 8(1), 1-13. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/266451
9. World Health Organization. (2002). Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. https://iris.who.int/handle/10665/42500
10. กรมควบคุมโรค. (2568). แนวทางการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station). กระทรวงสาธารณสุข. https://www.ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=16814
11. แสงดาว สุขสวัสดิ์. (2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ในอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 7(2).
12. ภาคภูมิ อินทร์ม่วง, ยุพิน หิรัญพัต, สิริวิภา โรจนรัตนางกูร, โชติมณี เรืองกลิ่น และอารยา ฉัตรธนะพานิช. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 13(2), 38–55.
13. พันธ์ทิพย์ ศรีตะบุตร. (2567). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 628–636. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3458
14. เพ็ญนภา บุญพุฒ. (2568). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 13(1), 34–50.
15. พัชสุดา ไชยสัตย์. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ.
16. Changsieng, P., Pichayapinyo, P., Lagampan, S., & Lapvongwatana, P. (2023). Implementation of self-care deficits assessment and a nurse-led supportive education program in community hospitals for behavior change and HbA1c reduction: A cluster randomized controlled trial. Journal of Primary Care & Community Health, 14, 21501319231181106.
17. Pasqualotto, E., Blaszczak, A., Ruiz, H. H., & Khawandanah, J. (2024). The effectiveness of diabetes self-management education and support interventions on glycemic levels among people living with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare.

18. Khapre, M., Sinha, S., Gupta, A., Anand, T., & Bairwa, M. (2023). Effectiveness of diabetes self-management education on distress and HbA1C among Indian type 2 diabetes mellitus patients: A randomized controlled trial. Indian Journal of Community Medicine, 48(5), 702–708.
19. Yeh, T.-C., Wu, C.-S., Chen, L.-Y., Lin, C.-Y., & Lin, Y.-C. (2025). Community-based intelligent blood glucose management for older adults with type 2 diabetes based on the health belief model: Randomized controlled trial.
20. Ferrer, R. L., Carrasco, N., Santos, M. G., Guzman, D., & Mendenhall, E. (2024). A community health worker led diabetes self-management education program: Reducing patient and system burden. BMC Primary Care.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

การพัฒนาศักยภาพร้านขายยาในจังหวัดนครพนม ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ

Development of Community Pharmacy Capacity in Nakhon Phanom Province Through an Action Research Process. Toward Quality Pharmacy Standards.

(Received: June 26,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

พรพิทักษ์ กอมสิน[1] และณัฐนิชา อาจแก้ว[2]
Pornpitak Komsin[1] Natthanicha Atkaew[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาศักยภาพร้านขายยาในจังหวัดนครพนม ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ และ 2) ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาในจังหวัดนครพนมด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครพนมที่มีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการ จำนวน 26 ร้าน คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพ แบบประเมินงานคุณภาพ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกตามกรอบองค์ประกอบระบบสุขภาพ 6 ด้าน (WHO Six Building Blocks) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ ร้านขายยามีคะแนนการประเมินตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.41 ± 0.39 เป็น 4.43 ± 0.27 และมีการพัฒนาในทุกด้าน ได้แก่ สถานที่และอุปกรณ์ บุคลากร การจัดการยา การบริบาลทางเภสัชกรรม และระบบคุณภาพ โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ การบริบาลทางเภสัชกรรมและระบบคุณภาพ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า ร้านขายยามีการพัฒนาในทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพตามกรอบ WHO Six Building Blocks ได้แก่ การให้บริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ระบบการเงิน และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเจ้าของกิจการ การสนับสนุนจากเภสัชกรพี่เลี้ยง การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายร้านขายยา

คำสำคัญ: ร้านยาคุณภาพ, ร้านขายยา, การพัฒนาศักยภาพ, มาตรฐานร้านยา, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to: (1) To develop the capacity of community pharmacies in Nakhon Phanom Province through an action research process toward Quality Pharmacy Standards.; and (2) evaluate the outcomes of capacity development of community pharmacies in Nakhon Phanom Province through an action research process toward Quality Pharmacy Standards. The study participants consisted of 26 community pharmacies with full-time pharmacists on duty throughout operating hours, selected through purposive sampling. The study was conducted from December 2025 to May 2026. Research instruments included a Quality Pharmacy Standards assessment form, a quality management assessment form, and in-depth interview guidelines based on the WHO Six Building Blocks framework. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that pharmacy capacity significantly improved after the intervention ($p < .001$). The overall mean quality assessment score increased from 3.41 ± 0.39 to 4.43 ± 0.27. Significant improvements were

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม
[2] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม

observed in all domains, including premises and equipment, personnel, medication management, pharmaceutical care, and quality systems. The greatest improvements were found in pharmaceutical care and quality management systems. Qualitative findings demonstrated positive changes across all six WHO health system building blocks: service delivery, health workforce, health information systems, access to essential medicines, health financing, and leadership and governance. Key success factors included active participation of pharmacy owners, continuous support from pharmacist mentors, ongoing supervision, and knowledge sharing among pharmacy networks.
Keywords: Quality Pharmacy, Community Pharmacy, Capacity Development, Pharmacy Standards, Action Research

บทนำ

ร้านขายยาเป็นหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและ มีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรค รักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น และสนับสนุน การใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเภสัชกรประจำ ร้านยามีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วย ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ ระบบบริการสุขภาพตามความเหมาะสม[1]

นโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีความมั่นคงด้านยาอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ[2]

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP)[3] เพื่อยกระดับคุณภาพร้านขายยา ขณะที่สภาเภสัชกรรมได้พัฒนาเกณฑ์ร้านยาคุณภาพ เพื่อส่งเสริมให้ร้านยาเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งด้านบริการ บุคลากร ระบบคุณภาพ และการบริบาลทางเภสัชกรรม[3,4]

จังหวัดนครพนมมีร้านขายยาแผนปัจจุบันจำนวน 123 ร้าน แต่ได้รับการรับรองเป็นร้านยาคุณภาพเพียง 14 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 11.38[5] สะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ ร้านขายยาให้มีมาตรฐานสูงขึ้น ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเภสัชกร เจ้าของร้านยา และหน่วยงานภาครัฐ จึงมีความสำคัญในการยกระดับคุณภาพร้านขายยา ให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพและได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชน[6]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพร้านขายยาในจังหวัดนครพนมด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาในจังหวัดนครพนมด้วยกระบวน การวิจัยเชิงปฏิบัติ สู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] ซึ่งเป็นกระบวน การพัฒนาอย่างเป็นระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ สังเกตผล และสะท้อนผล เพื่อนำผลการดำเนินงานไปปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม และกรอบองค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Six Building Blocks) มาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนพัฒนา และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาศักยภาพร้านขายยา โดยกรอบ WHO Six Building Blocks ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้บริการ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ (Health Information System) 4) การเข้าถึงยาและ

เวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to Essential Medicines) 5) ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ (Health Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ[1] การดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วงรอบ (2 Cycles) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 ถูกนำมาใช้ในการปรับปรุงแผนและพัฒนากิจกรรมในวงรอบที่ 2 เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและนำไปสู่การยกระดับคุณภาพร้านขายยาตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครพนมที่มีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการที่ได้รับผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 123 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากร้านขายยาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 26 ร้าน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินร้านยาคุณภาพ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม (Version 1 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2568) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไปของร้านยาประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของร้านยา ได้แก่ ชื่อร้านยา ประเภทผู้ตอบแบบประเมิน ผู้ดำเนินกิจการ/ผู้รับอนุญาตเภสัชกร อื่น ๆ ระยะเวลาการดำเนินกิจการ จำนวนบุคลากร ประเภทการประเมิน (ขอรับรองใหม่/ต่ออายุ)

<u>ส่วนที่ 2</u> การประเมินตามเกณฑ์ร้านยาคุณภาพและ GPP ประกอบด้วย 5 หมวดหลัก รวม 42 ข้อ ประกอบด้วย สถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร การควบคุมคุณภาพยา การปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

ลักษณะการให้คะแนน

ผ่านเกณฑ์ = 1 คะแนน

ไม่ผ่านเกณฑ์ = 0 คะแนน

ข้อกำหนดวิกฤต (Critical Defect)

ต้องผ่านทุกข้อ มิฉะนั้นถือว่าไม่ผ่านการประเมิน

2. แบบประเมินงานคุณภาพ (Quality Assessment Form) ใช้ประเมินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของร้านยา ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่

2.1 งานคุณภาพของร้านยา(10 คะแนน) ประเมินกิจกรรมคุณภาพที่ร้านดำเนินการ เช่น โครงการพัฒนาคุณภาพบริการ กิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กิจกรรมพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน

2.2 การจัดการความเสี่ยง (10 คะแนน)

ประเมินระบบป้องกันความเสี่ยง 10 ด้าน ได้แก่ 1. LASA (Look Alike Sound Alike) 2. การจ่ายยาผิด 3. ยาหมดอายุ 4. อุณหภูมิการเก็บยา 5. การป้องกันการติดเชื้อ 6. การแพ้ยาซ้ำ 7. การคัดกรองผู้ป่วยอาการรุนแรง 8. Drug Interaction 9. ปัญหาจากการใช้ยา 10. การกำจัดยาเสื่อมคุณภาพ

2.3 ผลงานเด่นด้านคุณภาพ (5 คะแนน) ประกอบด้วย Telepharmacy กิจกรรมบริการสู่ชุมชน ระบบส่งต่อผู้ป่วย รายงาน ADR Case Report กิจกรรมวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผลการตรวจสอบพบว่าแบบประเมินมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง **0.80–1.00** และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับร้านขายยาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ร้าน ก่อนนำไปใช้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] ซึ่งเป็น

กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบที่เน้นการ มีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ สังเกตผล และสะท้อนผล เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการจำนวน 2 วงรอบ (2 Cycles) แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

<u>วงรอบที่ 1</u> การศึกษาสถานการณ์และพัฒนาศักยภาพร้านขายยาสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยร่วมกับเภสัชกรผู้รับอนุญาต เจ้าของร้าน ขายยา และผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพของร้านขายยาในจังหวัดนครพนม โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพ และเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP)

ผลการวิเคราะห์พบประเด็นที่ควรพัฒนา ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานร้านยาคุณภาพ การจัดระบบเอกสารคุณภาพ การบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ การบริบาลทางเภสัชกรรมและการติดตามการใช้ยา การเตรียมความพร้อมเข้าสู่การรับรองร้านยาคุณภาพ

จากนั้นร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนาและแผนปฏิบัติการรายร้านให้สอดคล้องกับบริบทและศักยภาพของแต่ละร้านขายยา

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพร้านขายยา ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานร้านยาคุณภาพ แนวทาง GPP การบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดการความเสี่ยงด้านยา และการจัดทำเอกสารคุณภาพ

การนิเทศติดตามและพี่เลี้ยง (Coaching and Mentoring) โดยผู้วิจัยและทีมเภสัชกรพี่เลี้ยงลงพื้นที่ให้คำปรึกษาเป็นรายร้าน เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงสถานที่ ระบบงาน และเอกสารตามเกณฑ์มาตรฐาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning Exchange) ระหว่างร้านขายยา เพื่อถ่ายทอดแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) และร่วมกันแก้ไขปัญหาจากการดำเนินงานจริง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล(Observation)

ผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินงานและประเมินความก้าวหน้าของร้านขายยาโดยใช้แบบประเมินร้านยาคุณภาพ แบบประเมิน GPP การสังเกตการปฏิบัติงาน และการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

หลังสิ้นสุดการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 มีการประชุมสะท้อนผลร่วมกันระหว่างผู้วิจัย เภสัชกร และเจ้าของกิจการ เพื่อสรุปผลการพัฒนา วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาในวงรอบถัดไป โดยผลการสะท้อนพบว่ายังมีประเด็นที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ ความครบถ้วนของระบบเอกสารคุณภาพ การใช้ข้อมูลสุขภาพผู้รับบริการเพื่อการติดตามผลการใช้ยา และการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพ

<u>วงรอบที่ 2</u> การพัฒนาระบบคุณภาพและเสริมสร้างความพร้อมสู่การรับรองมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแผนพัฒนาเพิ่มเติม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบเอกสารคุณภาพ การพัฒนาระบบข้อมูลผู้รับบริการ การติดตามผลการใช้ยา การบริหารจัดการความเสี่ยงด้านยา และการเตรียมความพร้อมสำหรับการประเมินรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมพัฒนาเชิงลึกผ่านกระบวนการ Coaching and Mentoring อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการให้คำปรึกษาเฉพาะประเด็นรายร้าน การทบทวนและปรับปรุงเอกสารคุณภาพ การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ การติดตามผลการใช้ยา และการ

ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาคุณภาพ พร้อมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์และแนวทางปฏิบัติที่ดีระหว่างร้านขายยา

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล(Observation)

ผู้วิจัยประเมินผลการเปลี่ยนแปลงโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพ แบบประเมิน GPP การสังเกตการปฏิบัติงาน และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าร้านขายยามีการพัฒนาระบบงานอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีความพร้อมในการเข้าสู่การรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านสถานที่ บุคลากร การจัดการยา การบริบาลทางเภสัชกรรม และระบบคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 พบว่าการมีส่วนร่วมของเจ้าของกิจการ การสนับสนุนจากเภสัชกรพี่เลี้ยง การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายร้านขายยา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนา ส่งผลให้ร้านขายยามีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงานตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพอย่างยั่งยืนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของร้านขายยา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ผลการประเมินร้านยาคุณภาพและการประเมินตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนการพัฒนาและหลังสิ้นสุดการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้ ผลการประเมินที่ได้จากวงรอบที่ 1 ถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนและปรับปรุงกิจกรรมในวงรอบที่ 2

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่ม การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection) และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่รับรอง REC 144/2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 26 ร้าน ส่วนใหญ่มีเจ้าของกิจการเป็นเภสัชกร จำนวน 18 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 69.23 ขณะที่ร้านขายยาที่จ้างเภสัชกรประจำมีจำนวน 8 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 30.76 สำหรับระยะเวลาการดำเนินกิจการ พบว่าร้านขายยาส่วนใหญ่เปิดดำเนินกิจการมากกว่า 10 ปี จำนวน 15 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 57.69 และตั้งอยู่ในเขตเมือง จำนวน 16 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 61.54

จากข้อมูลทั่วไปของร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าร้านขายยาส่วนใหญ่มีเจ้าของกิจการเป็นเภสัชกร เปิดดำเนินกิจการมาเป็นระยะเวลานานและตั้งอยู่ในเขตเมือง ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพและความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม จากการประเมินตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพและหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ยังพบประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาในหลายด้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) จำนวน 2 วงรอบ โดยเริ่มจากวงรอบที่ 1 ซึ่งมุ่งศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาศักยภาพร้านขายยาเพื่อยกระดับการดำเนินงานสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วงรอบที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนาศักยภาพร้านขายยาสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ

การดำเนินการในวงรอบที่ 1 มุ่งศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครพนม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพร้านขายยาให้เป็นไปตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพ โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ผู้ประกอบการร้านขายยา และหน่วยงานภาครัฐในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางพัฒนา ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ศักยภาพของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครพนม โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพและเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเภสัชกรและผู้ประกอบการร้านขายยา เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) พบว่า ร้านขายยาส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านสถานที่ บุคลากร และการดำเนินงานตามเกณฑ์ GPP ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนา 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานร้านยาคุณภาพ ระบบเอกสารคุณภาพ ระบบสารสนเทศผู้รับบริการ การบริบาลทางเภสัชกรรม และการจัดการความเสี่ยงด้านยา ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพร้านขายยาในวงรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

ดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพร้านขายยา ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับมาตรฐานร้านยาคุณภาพ การให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยง (Coaching and Mentoring) และการนิเทศติดตาม (Monitoring) อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้ร้านขายยาปรับปรุงระบบงานตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพและเกณฑ์ GPP

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล(Observation)

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ผู้วิจัยประเมินผลการเปลี่ยนแปลงโดยใช้แบบประเมินร้านยาคุณภาพก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม ระบบคุณภาพ และการจัดการยา และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูง กว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเภสัชกร ผู้ประกอบการร้านขายยา และผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่าการมีส่วนร่วมของเจ้าของกิจการ การมีเภสัชกรประจำร้าน การได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างร้านขายยา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนา ขณะที่ข้อจำกัดสำคัญได้แก่ ภาระงานประจำ ข้อจำกัดด้านบุคลากร และเวลาในการจัดทำเอกสารคุณภาพ

ผลจากการสะท้อนความคิดเห็นดังกล่าวถูกนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาในวงรอบที่ 2 เพื่อปรับปรุงประเด็นที่ยังเป็นข้อจำกัดและเสริมสร้างความพร้อมของร้านขายยาสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

วงรอบที่ 2 การพัฒนาระบบงานเพื่อเสริมสร้างความพร้อมสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ

ภายหลังการสะท้อนผลจากวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับเภสัชกร ผู้ประกอบการร้านขายยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและประเด็นที่ยังต้องพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านระบบเอกสารคุณภาพ

การติดตามผลการใช้ยา การบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ และการจัดการความเสี่ยงด้านยา เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาในวงรอบที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนผลการประเมินจากวงรอบที่ 1 และกำหนดแนวทางพัฒนาเพิ่มเติม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบคุณภาพภายในร้านขายยา การจัดทำเอกสารมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedures: SOPs) การพัฒนาระบบข้อมูลผู้รับบริการ การติดตามผลการใช้ยา และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านยาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

ดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการ Coaching and Mentoring โดยเภสัชกรพี่เลี้ยงลงพื้นที่ให้คำปรึกษาเชิงลึกรายร้าน มีการทบทวนและปรับปรุงระบบเอกสารคุณภาพ การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้รับบริการ การจัดทำแนวทางติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning Exchange) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดีระหว่างร้านขายยา

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล(Observation)

ผลการดำเนินงานพบว่าร้านขายยาสามารถพัฒนาระบบงานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีการจัดทำเอกสารคุณภาพและคู่มือปฏิบัติงานครบถ้วน มีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ สามารถนำข้อมูลประวัติการใช้ยาและการแพ้ยามาใช้ประกอบการให้บริการทางเภสัชกรรมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านยา เช่น การจัดการยา LASA การตรวจสอบยาหมดอายุ และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ผลการสะท้อนความคิดเห็นพบว่า การได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจากเภสัชกรพี่เลี้ยง การมีส่วนร่วมของเจ้าของกิจการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายร้านขายยา เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนความสำเร็จของการพัฒนา ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความเห็นว่ากระบวนการ Coaching and Mentoring ช่วยให้สามารถนำมาตรฐานร้านยาคุณภาพไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของร้านตนเอง ส่งผลให้ร้านขายยามีความพร้อมในการเข้าสู่การรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร การจัดการยา การบริบาลทางเภสัชกรรม และระบบคุณภาพ

ภายหลังการดำเนินงานครบทั้ง 2 วงรอบ ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพ โดยเปรียบเทียบคะแนนการประเมินก่อนดำเนินโครงการและหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่าร้านขายยามีการพัฒนาในทุกด้าน ทั้งด้านสถานที่และอุปกรณ์ บุคลากร การจัดการยา การบริบาลทางเภสัชกรรม และระบบคุณภาพ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.41 ± 0.39 เป็น 4.43 ± 0.27 (Mean Difference = 1.02, $p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาที่ดำเนินการผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ สามารถยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของร้านขายยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนประเมินร้านยาคุณภาพก่อนและหลังพัฒนา (n=26)

ด้านการประเมิน	Mean ± SD Before	Mean ± SD After	Mean Difference	t	df	P-Value
สถานที่และอุปกรณ์	3.42±0.45	4.31±0.38	0.89	6.52	25	<.001
บุคลากร	3.68±0.52	4.48±0.35	0.80	5.87	25	<.001
การจัดการยา	3.55±0.41	4.45±0.32	0.90	7.23	25	<.001
บริบาลทางเภสัชกรรม	3.21±0.48	4.52±0.29	1.31	8.11	25	<.001
ระบบคุณภาพ	3.18±0.55	4.40±0.31	1.22	7.95	25	<.001
รวม	3.41±0.39	4.43±0.27	1.02	8.42	25	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนประเมินร้านยาคุณภาพหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม ระบบคุณภาพ และการจัดการยา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาที่ดำเนินการผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ สามารถยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของร้านขายยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ยังพบว่าร้านขายยามีความพร้อมในการเข้าสู่การรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการบริหารจัดการ ร้านยา การจัดการคุณภาพ และการให้บริการทางเภสัชกรรม เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงลึก ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตภาคสนาม การบันทึกสะท้อนผลจากการดำเนินงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาร้านยาคุณภาพ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเจ้าของกิจการ การมีเภสัชกรประจำร้านที่เข้มแข็ง การได้รับคำปรึกษาและการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างร้านขายยา ซึ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและสามารถนำแนวทางการพัฒนาไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกัน ยังพบอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ภาระงานประจำของเภสัชกร ข้อจำกัดด้านบุคลากร เวลาในการจัดทำเอกสารคุณภาพ และงบประมาณในการปรับปรุงสถานที่และอุปกรณ์ อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เห็นว่ากระบวนการ Coaching and Mentoring เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้สามารถพัฒนาระบบงานและดำเนินการตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพได้อย่าง มีประสิทธิภาพ

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพตามกรอบแนวคิด WHO Six Building Blocks พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพบริการ (Service Delivery) การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร (Health Workforce) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information System) การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ (Access to Essential Medicines) การบริหารทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพ (Health Financing) และการเสริมสร้างภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) ซึ่งสะท้อน ถึงความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพตาม Six Building Blocks

Building Block	ประเด็นสำคัญ (Theme)	หลักฐานเชิงประจักษ์
Service Delivery	บริการมีมาตรฐานมากขึ้น	ปัจจุบันมีพื้นที่ให้คำปรึกษาเฉพาะและสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้เป็นระบบมากขึ้น
Health Workforce	เภสัชกรมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น	ผ่านการอบรมและ Coaching
Information System	ระบบข้อมูลเป็นระบบ	มีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ
Essential Medicines	การจัดการยามีคุณภาพ	ควบคุมยา LASA และยาหมดอายุ
Financing	บริหารต้นทุนดีขึ้น	วางแผนลงทุนด้านคุณภาพ
Leadership & Governance	เกิดภาวะผู้นำ	เจ้าของกิจการสนับสนุนการพัฒนา

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถพัฒนาศักยภาพร้านขายยาในจังหวัดนครพนม ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการพัฒนาระบบบริการ การบริหารจัดการยา ระบบข้อมูลสุขภาพ การจัดการความเสี่ยง และการบริบาลทางเภสัชกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เภสัชกร ผู้ประกอบการร้านยา และหน่วยงานภาครัฐ ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินกิจกรรมพัฒนา และสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (Experiential Learning) และความรู้สึกเป็นเจ้าของการพัฒนา (Ownership) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[7] ที่ระบุว่าการพัฒนางานผ่านวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการเรียนรู้และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาที่พบว่าร้านขายยามีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกด้าน สะท้อนว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการเรียนรู้และพัฒนาระบบงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับ Stringer (2014)[8] ซึ่งพบว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานสามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงองค์กรและยกระดับคุณภาพการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coghlan และ Brannick[9] ที่รายงานว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานใน ทุกขั้นตอนของการพัฒนาช่วยให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้จริงและมีความยั่งยืนมากกว่าการพัฒนาที่เกิดจากการสั่งการจากภายนอกเพียงอย่างเดียว

เมื่อพิจารณาตามกรอบองค์ประกอบระบบสุขภาพ 6 ด้านขององค์การอนามัยโลก พบว่าการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาส่งผลต่อ ทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะด้านการให้บริการ (Service Delivery) ซึ่งร้านยามีการปรับปรุงกระบวนการให้บริการ การซักประวัติผู้ป่วย การให้คำแนะนำการใช้ยา และการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพช่วยยกระดับคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้รับบริการได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการร้านยา ขององค์การอนามัยโลกและสหพันธ์เภสัชกรรมสากล[9,10]

ด้านบุคลากรสุขภาพ (Health Workforce) พบว่าเภสัชกรมีความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการให้บริการทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้น ภายหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการและการให้คำปรึกษาแบบ Coaching and Mentoring แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ ทั้งนี้สอดคล้องกับ American Pharmacists Association[1] ที่เสนอว่าการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการบริบาลทางเภสัช

กรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson, Zhan และ Boyd[10] ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพเภสัชกรผ่านการฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยงช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ อย่างมีนัยสำคัญ

ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information System) พบว่าร้านยาหลายแห่งมีการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ การจัดเก็บเอกสารคุณภาพ และการติดตามผลการใช้ยาเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางร้านจะยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาระบบข้อมูลก็ตาม ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบข้อมูลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจทางวิชาชีพ การติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ WHO[9] ที่ระบุว่าระบบข้อมูลสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

ด้านการเข้าถึงยาจำเป็น (Access to Essential Medicines) พบว่าร้านยามีการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่เป็นระบบมากขึ้น มีการควบคุมคุณภาพยา การจัดเก็บยา และการตรวจสอบวันหมดอายุอย่างสม่ำเสมอ ส่งผล ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่มีคุณภาพและปลอดภัย สอดคล้องกับแนวทางวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข[3] และแนวทางการปฏิบัติทางเภสัชกรรมที่ดีของ WHO และ FIP[1]

ด้านระบบการเงิน (Health Financing) แม้ว่าการพัฒนาคุณภาพจะทำให้ร้านยาต้องลงทุนด้านสถานที่ อุปกรณ์ และระบบเอกสารเพิ่มเติม แต่ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นการลงทุนที่ก่อให้เกิดประโยชน์ ในระยะยาว ทั้งในด้านความน่าเชื่อถือของร้านยา ความเชื่อมั่นของประชาชน และโอกาสในการพัฒนาบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mossialos, Courtin และ Naci[11]

ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) เป็นองค์ ประกอบที่มีความโดดเด่นมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่าเจ้าของกิจการและ เภสัชกรผู้รับผิดชอบร้านยามีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน การเปลี่ยนแปลง การกำหนดนโยบายคุณภาพ และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ WHO[12] ที่ระบุว่าภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบสุขภาพให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Denis, Langley และ Sergi[13]

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม[14] ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการ การบริบาลทางเภสัชกรรม และการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชน โดยพบว่าร้านยาที่เข้าร่วมโครงการมีความพร้อมในการเข้าสู่การรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพเพิ่มขึ้น และเกิดการพัฒนาระบบงานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของร้านยาแต่ละแห่ง

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับมาตรฐานร้านยาคุณภาพและกรอบ WHO Six Building Blocks[5,9,14] เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพร้านขายยา เนื่องจากช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับร้านยาให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรขยายการดำเนินงานสู่ร้านขายยาทุกอำเภอในจังหวัดนครพนม โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

2. ควรจัดตั้งระบบเภสัชกรพี่เลี้ยงระดับจังหวัด เพื่อให้คำปรึกษา นิเทศติดตาม และสนับสนุนการพัฒนาร้านขายยาอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลภายหลังการรับรองมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ของคุณภาพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนภายหลังการพัฒนาร้านขายยาสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ

2. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาในพื้นที่หรือบริบทอื่น เพื่อประเมินความเหมาะสมและการขยายผลในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, & International Pharmaceutical Federation. (2011). Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: Standards for quality of pharmacy services. WHO.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (2565). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. กระทรวงสาธารณสุข.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนสำหรับร้านยา. กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2565). คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP). กระทรวงสาธารณสุข.
5. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข. (2568). ข้อมูลร้านขายยาแผนปัจจุบัน. สสจ.นครพนม
6. สภาเภสัชกรรม. (2566). มาตรฐานร้านยาคุณภาพและแนวทางการประเมิน. สภาเภสัชกรรม.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
8. Stringer, E. T. (2014). Action research (4th ed.). Sage.
9. Coghlan, D., & Brannick, T. (2014). Doing action research in your own organization (4th ed.). Sage.
10. Anderson, C., Zhan, K., & Boyd, M. (2019). Development of community pharmacist competencies through mentoring and continuing professional development. Research in Social and Administrative Pharmacy, 15(8), 987–994.
11. Mossialos, E., Courtin, E., & Naci, H. (2015). From retailers to health care providers: Transforming the role of community pharmacists. Health Policy, 119(5), 628–639.
12. World Health Organization. (2010).Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO.
13. Denis, J. L., Langley, A., & Sergi, V. (2012). Leadership in the plural. Academy of Management Annals, 6(1), 211–283.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว

Factors affecting medication use behavior among elderly patients With hypertension in Sa Kaeo Province

(Received: June 26,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

วรรนิภา เกลี้ยงสุวรรณ[1]
Wannipa Kiangsuwan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 380 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ความเที่ยงรวม 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60–69 ปี จบระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม มีพฤติกรรมการใช้ยาระดับมาก ค่าเฉลี่ย 34.62 และควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 79.74 พบระดับการศึกษา อาชีพส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน แต่เพศ อายุไม่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน ส่วนระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มพฤติกรรมดีควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มพฤติกรรมไม่ดี ด้านระบบบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรหลักที่มีอิทธิพลเชิงบวกร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการใช้ยา, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ระบบบริการสุขภาพ

Abstract

The objectives of this descriptive study aimed to investigate personal profiles, medication knowledge, health beliefs, healthcare systems, social support, medication adherence behaviors, and blood pressure levels among elderly patients with hypertension in Sa Kaeo Province. It further compared adherence behaviors and blood pressure levels based on relevant factors, and analyzed the influencing factors to predict medication adherence. The sample consisted of 380 participants. The research instrument was an interview questionnaire with an Index of Item-Objective Congruence of 1.00 and an overall reliability coefficient of 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

The results revealed that the majority of participants were female, aged 60 to 69 years, completed primary education, and engaged primarily in agriculture. The overall medication adherence behavior score was at a high level with a mean of 34.62, and 79.74 percent successfully achieved controlled blood pressure levels. Hypotheses testing demonstrated that educational attainment and primary occupation significantly differentiated medication adherence behaviors, whereas gender and age yielded no significant differences. Furthermore, distinct tiers of knowledge, health beliefs, social support, and healthcare system perceptions significantly altered adherence profiles, showing that the adherent group achieved better blood pressure control than the non-adherent group. Ultimately, healthcare system perceptions and social support emerged as the primary significant positive predictors that co-predicted medication adherence behaviors at a significance level of 0.05. Therefore, the healthcare approach should focus on proactive service delivery integrated with family and Village Health Volunteer networks.

Keywords : Elderly Patients with Hypertension, Medication Adherence, Health Belief Model, Social Support, Healthcare Systems

[1] สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญของโลก ข้อมูลองค์การอนามัยโลก มีประชากรอายุ 30–79 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1.28 พันล้านคน เพียงร้อยละ 21 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[1] โรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7,090,976 คน เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 65.10 จังหวัดสระแก้ว มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 87,239 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 42,366 คน[2,3] แม้ว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวทางมาตรฐานทั้งด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมการใช้ยา ไม่ถูกต้อง การลืมรับประทานยา การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน รวมถึงข้อจำกัดด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยา[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การศึกษาของชฎากร บุญสิน และคณะ[5] พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่ DiMatteo[6] พบแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว
4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับปานกลาง
2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้วส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้ว
3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว

วิธีการวิจัย

วิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยา ที่มีผลต่อระดับ ความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิต

สูง ในจังหวัดสระแก้ว จัดเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 - เมษายน พ.ศ. 2569 ประยุกต์ใช้แนวคิด Health Belief Model ของ Rosenstock[7] ร่วมกับแนวคิด Chronic Care Model ของ Wagner et al.[8]

โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิต

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 42,347 คน[3] ในหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล 8 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย จำนวน 112 แห่ง รวม 121 แห่ง ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางของเครจซี่และมอร์แกน[9] ได้กลุ่มตัวอย่าง 380 คน กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบไปด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ โรคและการเจ็บป่วย ยาที่ใช้รักษาในปัจจุบัน การดูแลในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ระดับความดันโลหิต โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว เท่านั้น ที่ตรงกับคุณลักษณะของตนเอง จำนวน 10 ข้อ

การแปรค่าระดับความดันโลหิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 2 ระดับ[10] คือ ระดับความดันโลหิตควบคุมได้ดี หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปการใช้ยา มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก/ผิด จำนวน 10 ข้อ ของ Benjamin Bloom[11] แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้มาก ความรู้ปานกลาง ความรู้น้อย

ส่วนที่ 3 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค แบบมาตรวัด การรับรู้ภาวะสุขภาพแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยนำคะแนนมาแปลผลการความเชื่อทางด้านสุขภาพ โดย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความเชื่อทางด้านสุขภาพมาก, ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์คะแนนเต็มของ Best[12]

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว, จากเพื่อนบ้าน ,จากอาสาสมัครสาธารณสุข และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาตราส่วน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 5 ระบบบริการสุขภาพ มีจำนวน 8 ข้อ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดระบบบริการสุขภาพแบบลิเคิร์ท (Likert scale) มีระดับในการวัด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นำคะแนนมาแปลผลการเข้าถึงบริการและยา 3 ระดับ การเข้าถึงบริการและยามาก การเข้าถึงบริการและยาปานกลาง และการเข้าถึงบริการและยาน้อย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยา มีจำนวน 8 ข้อ 3 ด้าน คือ การบริหารยา การแสวงหายา และการเก็บรักษายา แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 ระดับ

คือ พฤติกรรมการใช้ยามาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ คะแนนเต็มของ Best[12] โดยใช้ค่าพิสัยจากการคำนวณผลต่างของคะแนนสูงสุดกับ คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงชั้น

คุณภาพของเครื่องมือ

การหาค่าความตรง (Validity) นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งได้ค่าความตรง เท่ากับ 1.00

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายประชากรที่ทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน และ นำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบ ดังนี้

ส่วนที่ 2 เรื่องของความรู้ในการใช้ยา 1) หาค่าความเที่ยง(Reliability) ในการ ใช้ยาใช้สูตร Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยง 0.87 2) การทดสอบหาค่าความยากง่าย วิเคราะห์คุณภาพรายข้อ พบว่า ความยากง่าย (p) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.52–0.78 แสดงว่าข้อคำถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างยากถึงปานกลาง ช่วยเพิ่มความแปรปรวนของคะแนนรวม ส่งผลให้แบบสัมภาษณ์มีความเหมาะสม 3) ค่าอำนาจจำแนก (r) พบค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.45–0.67 แสดงว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีค่าจำแนกที่เหมาะสม

ส่วนที่ 2 - 4 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยามาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบราค (Cronbrach's Alpha coefficient) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงได้ 0.87 แล้ว โดยอยู่ในระดับ 0.83 ถือว่าเหมาะสมที่จะนำไปใช้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการใช้ยา หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 สถิติ Independent Samples t-test เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล เพศ กับพฤติกรรมการใช้ยา และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้ยาดี กับ กลุ่มที่พฤติกรรมการใช้ยาไม่ดี

2.2 One-way ANOVA (F-test) เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา, ช่วงอายุ รายได้, อาชีพ ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ระดับความเชื่อทางด้านสุขภาพ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับระบบบริการสุขภาพ กับพฤติกรรมการใช้ยา

2.3 สถิติ Multiple Regression Analysis วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2568 หมดอายุวันที่ 29 กันยายน 2569 เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 42/2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.74 ช่วงอายุ 60–69 ปี(ผู้สูงอายุตอนต้น) ร้อยละ 80.26 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.84 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.21 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.58 ข้อมูลทางคลินิกและการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 51.84 มีโรคร่วมกัน 2 ชนิด พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.58 และมีโรคร่วม

มากกว่า 3 ชนิด (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมกัน) ร้อยละ 12.63 ด้านชนิดของยาความดัน ส่วนใหญ่ได้รับยา 2 ชนิด ร้อยละ 49.21 รองลงมา 1 ชนิด,3 ชนิด และ 4 ชนิด ร้อยละ 35.00, 12.89 และร้อยละ 2.89 ตามลำดับโดยชนิดของยาความดันโลหิตสูงที่ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือ กลุ่ม Amlodipine ร้อยละ 48.42 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100 โรคเบาหวาน ร้อยละ 29.74 และโรคไขมัน/ลดภาวะไขมันสูง ร้อยละ 12.37 ส่วนใหญ่ดูแลและบริหารจัดการยาด้วยตนเอง ร้อยละ 52.89 มีผู้ดูแลใช้ยาร่วมด้วย ร้อยละ 33.42 และมีผู้ดูแลในกินยา ร้อยละ 13.68 ด้านระดับความดันโลหิตในระยะ 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีระดับความดันโลหิตควบคุมได้ดี <140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 79.74 และมีระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ >=140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 20.26 ตามลำดับ

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.21 ทราบว่าการรับประทานยาครั้งละหลายเม็ดโดย ไม่ปรึกษาแพทย์ เภสัชกรอาจทำให้เกิดอันตรายได้ ร้อยละ 87.89 ทางกลับกันไม่ทราบว่าการแกะเม็ดยาออกจากแผงยาแล้วแบ่งใส่ภาชนะบรรจุตลับยา จะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพได้ ร้อยละ 40.53

ระดับความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 88.42 เฉลี่ย 34.44 คะแนน มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และมีการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.89 , 91.32 , 89.74 และ 66.58 ตามลำดับ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงดีมากที่สุด ประเด็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากทานยาอย่างต่อเนื่อง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเส้นเลือดในสมองแตกมากกว่าผู้ที่ควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ 95.00 การรับรู้ความรุนแรงมากที่สุดประเด็นโรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจส่งผลรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น ร้อยละ 94.21 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับมากที่สุด ประเด็นการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง การใช้ยาอย่างถูกต้อง ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.95 การรับรู้อุปสรรค ที่ควรปรับปรุงมากที่สุด ประเด็นการอ่านฉลากยา ที่ไม่ชัดเจน ตัวหนังสือเล็ก หรือมียาหลายชนิด อาจทำให้สับสนและรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง ร้อยละ 90.00

แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.16 คะแนนเฉลี่ย 31.95 แรงสนับสนุนจากครอบครัว จากเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.32 , 57.11 , 71.05 และ 58.42 ตามลำดับ

ระดับระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีระบบบริการสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 76.32 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 23.68

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.26 เฉลี่ย 30.88 คะแนน โดยมีการบริหารยา การแสวงหายา และการเก็บรักษายาในระดับมาก ร้อยละ79.21 , 68.16 และ 70.26 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รูปแบบผู้ดูแลที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะโรคร่วม และความซับซ้อนของจำนวนเม็ดยา ส่งผลโดยตรงต่อระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุพฤติกรรมการใช้ยาดี (ระดับมากถึงมากที่สุด) ผู้ที่สามารถ

ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ (< 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 88.12 (267 คน) มีเพียงร้อยละ 11.88 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดี(ระดับปานกลางถึงน้อย) พบผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้พุ่งสูงขึ้น ร้อยละ 53.25 (41 คน) ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ควบคุมได้สำเร็จในกลุ่มเดียวกันอย่างเห็นได้ชัดเจน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรต้น กับพฤติกรรมการใช้ยา

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน ค่าสถิติทดสอบ F=3.487 และค่า p-value 0.032 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงสุด เฉลี่ย 31.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.61 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้ปานกลางและมีความรู้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับความเชื่อทางด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (t=-2.836, p=0.007) ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเชื่อระดับปานกลางอย่างชัดเจน ค่าเฉลี่ย 31.06

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (t = -4.354, p < 0.001) โดย กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เครือข่ายเพื่อนบ้าน และบุคลากรสุขภาพในระดับมาก มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 31.26, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.67

ระดับระบบบริการสุขภาพ ส่งผลโดยตรงต่อความแตกต่างของพฤติกรรมการทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -4.523, p < 0.001) กลุ่มผู้สูงอายุที่ประเมินระบบบริการสุขภาพระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มที่ประเมินระบบบริการสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนน 31.23, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.72

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F= 13.033, p<0.001) ร้อยละ 12.2 (R^2=0.122, Adjusted R^2=0.113) พบปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีน้ำหนักอิทธิพลเชิงทำนายบวกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=0.228, t=4.355, p<0.001) รองลงมาแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทำนายบวกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 (Mean=0.197, t=3.565, p<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้ว อภิปรายผลตามประเด็น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60–69 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 34.62 และผลลัพธ์เชิงคลินิกพบว่าผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 79.74 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

2. ผลการทดสอบสมมติฐานการเปรียบเทียบ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษาและอาชีพที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับ

ประถมศึกษาและกลุ่มข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สมใจ และคณะ[13] ที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการเข้าถึง ทำความเข้าใจฉลากยา และตระหนักถึงอันตรายของการไม่รับประทานยาได้ดีกว่า สอดคล้องกับลักษณะอาชีพข้าราชการบำนาญที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจและสิทธิการรักษาพยาบาลที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย Morisky et al.[14] และ Mazzaglia et al.[15] ที่ระบุว่า ผู้ป่วยเพศหญิงและกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย(อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าเนื่องจากภาวะพึ่งพิงและปัญหาสติปัญญาถดถอย บริบทของจังหวัดสระแก้ว ผู้ป่วยผู้สูงอายุทุกเพศและทุกช่วงอายุได้รับการดูแลภายใต้มาตรฐานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการส่งเสริมสุขศึกษาเชิงรุกที่เท่าเทียมกันจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้มิติทางชีวภาพ (เพศและอายุ) ไม่ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่เพศและอายุไม่ทำให้เกิดความแตกต่าง

2.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบรายปัจจัย แต่เมื่อวิเคราะห์ในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ กลับพบว่าความรู้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามทฤษฎีช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรม (Knowledge-Behavior Gap) และงานวิจัยของ Koren et al.[16] ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ลำพังเพียงความรู้เกี่ยวกับโรคและยา (Cognitive Knowledge) ไม่สามารถแปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากพฤติกรรมการกินยาเป็นกระบวนการระยะยาวที่ต้องอาศัยทักษะการจัดการตนเองและการสนับสนุนเชิงระบบ ไม่สอดคล้องกับแบบจำลองปัจจัยนำตามกรอบ PRECEDE-PROCEED Model ของ Green & Kreuter[17] และงานวิจัยของ สุพัตรา และคณะ[18] ที่อ้างว่าระดับความรู้เป็นปัจจัยส่งอิทธิพลทำนายพฤติกรรมการกินยาโดยตรง ข้อขัดแย้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้วมีความรู้พื้นฐานดีอยู่แล้ว แต่เหตุผลที่ไม่กินยาไม่ใช่ "ไม่รู้" แต่เกิดจากข้อจำกัดทางกายภาพ เช่น หลงลืม ความซับซ้อนของจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน

2.3 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบรายคู่ แต่ไม่มีอิทธิพลเชิงทำนายในแบบจำลองพหุคูณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kamran et al.[19] ที่พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มักล้มเหลวในการทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว เนื่องจากโรคนี้เป็น "ฆาตกรเงียบ" ที่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic) เมื่อผู้สูงอายุทานยาไปสักระยะแล้วรู้สึกว่าตนเองสบายดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจะลดลง ส่งผลให้ความเชื่อด้านสุขภาพละลายพฤติกรรมลงและเกิดการหยุดยาเอง

2.4 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกในการร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุสูงเป็นลำดับที่สองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean= 0.197,p<0.001) สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[20] และงานวิจัยของ Scheurer et al.[21] ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงที่สุด บริบทสังคมกึ่งชนบทของจังหวัดสระแก้ว บุตรหลานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนให้แรงสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ เช่น จัดยาให้ ขับรถพาไปพบแพทย์ และเตือนกินยา ซึ่งเป็นกลไกชดเชยความเสื่อมถอยทางร่างกายและความจำของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

2.5 ระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของ

ผู้สูงอายุสูงที่สุดในแบบจำลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean=0.228, p<0.001) สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) และงานวิจัยของ World Health Organization[1] ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการยาเป็นมิติเชิงโครงสร้างที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติพงษ์ และคณะ[22] ที่ศึกษาการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนกึ่งชนบท พบว่าการจัดบริการรับยาใกล้บ้านผ่านเครือข่าย รพ.สต.และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทาง การแพทย์ ช่วยลดอุปสรรคเชิงระบบและความเหนื่อยล้าในการเดินทาง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการกินยาอย่างต่อเนื่อง

2.6 พฤติกรรมการใช้ยากับระดับความดันโลหิตพบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างที่สำคัญยิ่ง โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการใช้ยาดี (ระดับมากถึงมากที่สุด) มีอัตราความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีถึง ร้อยละ 88.12 ขณะที่กลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดี ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงถึง ร้อยละ 53.25 (X^2= 58.644, p< 0.001)•สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chownhunt et al.[23] และ Burnier & Egan[24] ในวารสาร The Lancet ที่ยืนยันว่า พฤติกรรมการทานยาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ (Medication Adherence) เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ (Causal Factor) อันดับแรกที่กำหนดความเข้มข้นของยาในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับการรักษา (Therapeutic Range) ส่งผลให้กลไกทางพยาธิสรีรวิทยา เช่น แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงอย่างคงที่ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตที่ประสบความสำเร็จ

3. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงทำนาย ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้วได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยร่วมกันอธิบายได้ ร้อยละ 12.2 พบปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีน้ำหนักอิทธิพลเชิงทำนายบวกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ย 0.228 รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทำนายบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าเฉลี่ย 0.197 ชี้ให้เห็นว่า หากระบบบริการสุขภาพพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงง่ายขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน หรือ เมื่อผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวและเครือข่าย อสม. เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มขึ้น 0.228 หน่วยและ 0.197 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพปรากฏว่าไม่มีอิทธิพลเชิงทำนายต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในแบบจำลองพหุคูณนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้

จากการค้นพบในแบบจำลองสถิติถดถอยพหุคูณที่ยืนยันว่า ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลเชิงบวกหลักต่อพฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงเสนอให้นำนวัตกรรมดิจิทัลมาขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบองค์รวม ดังนี้

1. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเชิงรุกผ่านกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างระบบแจ้งเตือนการรับประทานยา นัดหมายอัตโนมัติ ที่เชื่อมต่อไปยังสมาร์ทโฟนของผู้ดูแลในครอบครัวและระบบรายงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อผู้สูงอายุเฉพาะ (ตัวหนังสือขนาดใหญ่ มีเสียงพูด ระบุชื่อยา ภาพเม็ดยาและเวลา)

2. ระบบปรึกษาทางไกลและการขอความช่วยเหลือเมื่อสงสัยว่าแพ้ยา พัฒนาฟังก์ชัน "ปุ่มขอความช่วยเหลือด่วน" และ "คัดกรองอาการแพ้ยาด้วย AI" เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ สามารถกดปุ่มเพื่อถ่ายภาพรอยผื่นหรือระบุอาการเบื้องต้นได้

พร้อมส่งพิกัด GPS บ้านผู้สูงอายุเพื่อการเข้าช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

3. ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา จัดทำ "บัตรแพ้ยาดิจิทัล" ซึ่งจะผูกเข้ากับบัตรประจำตัวประชาชน เมื่อพบบันทึกยาที่แพ้ระบบจะส่งสัญญาณเตือน ผู้สั่งจ่ายยา

4. ยกระดับภาคีเครือข่ายชุมชน/พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น "นักจัดการยาดิจิทัลชุมชน" โดยใช้ แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลสุขภาพและรายงานผลความดันโลหิตที่เป็นปัจจุบันเพื่อช่วยกำกับติดตามการใช้ยาของผู้สูงอายุตอนปลายในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างแม่นยำและจำเพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดและการวิจัยต่อยอดในอนาคต

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในระยะยาวได้ ควรเน้นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมติดตามการใช้ยาดิจิทัล ควบคู่กับการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกให้สามารถนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการที่ตรงกับวิถีชีวิตจริงของบุคคลได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer.Geneva: World Health Organization; 2023.
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2566.
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว. รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุแยกรายอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2568. สระแก้ว: ฝ่ายยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์; 2568.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. ชฎากร บุญสิน, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2564;15(2):78-91.
6. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychol. 2004;23(2):207-18.
7. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
8. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
10. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: แนวทางการประเมินและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเชิงคลินิก พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2560.
11. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: David McKay Co Inc; 1975.
12. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
13. สมใจ พุทธาพิพัฒน์, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(3):345-58.
14. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(5):348-54.

15. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino G, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. Circulation. 2009;120(16):1598-605.
16. Koren ME, และคณะ. The knowledge-behavior gap in hypertension management: an analysis of intrapersonal and systemic barriers in elderly outpatients. J Public Health Dev. 2020;18(2):114-26.
17. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
18. สุพัตรา เมืองมณี, และคณะ. อิทธิพลของปัจจัยนำตามกรอบ PRECEDE Model ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(2):88-101.
19. Kamran A, Azad Rahimi S, Mirzakarimi M, Sharifirad G. Evaluation of Health Belief Model for predicting treatment adherence among hypertensive patients. J Educ Health Promot. 2014;3:32.
20. House JS. Work stress and social support. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley; 1981.
21. Scheurer DB, Choudhry N, Swanton KA, Matlin O, Shrank W. Association between different types of social support and medication adherence. Am J Manag Care. 2012;18(12):e461-7.
22. กิตติพงษ์ ศรีเทียน, และคณะ. การพัฒนาระบบบริการรับยาใกล้บ้านและกลไกการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิปฏิรูป. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;33(1):15-28.
23. Chownhunt M, et al. Clinical epidemiological insights into medication adherence and blood pressure control among elderly patients with hypertension. J Public Health Dev. 2022;20(3):145-159.
24. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, and potential solutions. The Lancet. 2019;393(10176):1143-53.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี

Prevalence and Factors Associated with Dementia Among Older Adults in Mueang Lopburi District, Lopburi Province.

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

คณาพร สื่อดวงจิต[1]
Kanaporn Sueduangjit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองลพบุรี จำนวน 354 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์พหุตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองลพบุรีมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.5 เมื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกส์พหุตัวแปร พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ระดับการศึกษา โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุดเป็น 3.35 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (Adjusted OR= 3.35, 95%CI: 1.02–11.45, p = 0.046) 2) กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็น 2.91 เท่า ของกลุ่มอายุ 60–69 ปี (Adjusted OR= 2.91, 95%CI: 1.10–7.68, p = 0.031) 3) การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอหรือไม่ออกเลย มีความเสี่ยงเป็น 2.55 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (Adjusted OR= 2.55, 95%CI: 1.01–6.64, p = 0.048) และ 4) การสูญเสียการมองเห็น มีความเสี่ยงเป็น 3.92 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการมองเห็นปกติ (Adjusted OR = 3.92, 95%CI: 1.81–9.66, p = 0.031)

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, การสูญเสียการมองเห็น, การออกกำลังกาย

Abstract

This survey research by retrospective analytical study aimed to investigate the prevalence of dementia and its associated factors among older adults in Mueang Lop Buri District, Lop Buri Province. The study sample consisted of 354 older adults aged 60 years and above residing in Mueang Lop Buri District. Data were collected using a structured data collection form and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Factors associated with dementia were identified using multivariable logistic regression analysis.

The results revealed that the prevalence of dementia among older adults in Mueang Lop Buri District was 8.5%. Multivariable logistic regression analysis identified four factors significantly associated with dementia at the 0.05 level. First, educational attainment was significantly associated with dementia. Older adults with no formal education or only primary school education were 3.35 times more likely to have dementia than those who had completed secondary education or higher (Adjusted OR = 3.35, 95% CI: 1.02–11.45, p = 0.046). Second, participants aged 70 years and older had a 2.91-fold higher risk of dementia compared with those aged 60–69 years (Adjusted OR = 2.91, 95% CI: 1.10–7.68, p = 0.031). Third, participants who exercised irregularly or did not exercise at all were 2.55 times more likely to have dementia than those who exercised regularly (Adjusted OR = 2.55, 95% CI: 1.01–6.64, p = 0.048). Finally, individuals with vision loss were 3.92 times more likely to have dementia than those with normal vision (Adjusted OR = 3.92, 95% CI: 1.81–9.66, p = 0.031).

In conclusion, this study suggests that, in addition to non-modifiable factors such as age and educational attainment, modifiable factors including physical inactivity and vision loss are significantly associated with dementia

[1] กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

among older adults in the community. Therefore, local public health authorities should implement proactive policies for screening and treating visual impairment among older adults, including cataract surgery when appropriate, alongside promoting safe and accessible exercise programs tailored to their physical capabilities. Such interventions may contribute to delaying and preventing the onset of dementia in the older population.

Keywords: Dementia; Older adults; Vision impairment; Physical exercise

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของสมอง ส่งผลให้ความสามารถในการคิด ความจำ การตัดสินใจ และการใช้ชีวิตประจำวันลดลง โดยอาการมักค่อย ๆ รุนแรงขึ้นตามระยะของโรค(1) องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 55 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 10 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050[1] โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นสาเหตุหลักของภาวะสมองเสื่อม โดยคิดเป็นประมาณ 60–70% ของผู้ป่วยทั้งหมดทั่วโลก[2] นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโลกอย่างมาก โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั่วโลกมีมูลค่ามากกว่า 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต[3] รายงานของ Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care ระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ภาวะซึมเศร้า การขาดการออกกำลังกาย และการแยกตัวทางสังคม อาจมีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากถึงประมาณ 40% ของผู้ป่วยทั้งหมดทั่วโลก[4]

สำหรับประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 69 ล้านคน และมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต[5] นอกจากนี้ รายงานด้านประชากรศาสตร์ยังระบุว่า ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.4 ล้านคน หรือร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 20 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 35.8 ภายในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว[6] การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลให้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายและระบบประสาทเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) และโรคที่เกี่ยวข้องกับสมอง เช่น ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก[1]

จังหวัดลพบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางของประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับหลายจังหวัดของประเทศ จากข้อมูลด้านประชากรศาสตร์พบว่าจังหวัดลพบุรีมีประชากรทั้งหมดประมาณ 761,000 คน[7] เมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากกว่า 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับจังหวัด (7) และจากข้อมูลทะเบียนราษฎรและข้อมูลด้านสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมืองลพบุรี พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 44,000 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนที่สำคัญของประชากรในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาระดับประเทศพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3.3 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป[8] งานวิจัยในระดับพื้นที่หลายแห่ง

พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอาจสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ตัวอย่างเช่น การศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11.1[9] ในขณะที่การศึกษาในพื้นที่เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 21.1 ของผู้สูงอายุในชุมชน[10] นอกจากนี้ การศึกษาในจังหวัดเชียงรายพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20.3 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุที่มากกว่า 80 ปี ระดับการศึกษาต่ำ และรูปแบบการนอนหลับ[11] รายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยยังพบว่า ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคม[12] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสังคมไทย และมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในระดับพื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคอย่างเหมาะสม ภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพโดยรวม เนื่องจากผู้ป่วยมักต้องการการดูแลระยะยาวและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถช่วยระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในพื้นที่ และนำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกันที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การควบคุมโรคเรื้อรัง การส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นสมอง การสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนด้านสาธารณสุขของหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ ประกอบกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะสมองเสื่อม ทำให้การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในระดับพื้นที่ของอำเภอเมืองลพบุรียังมีการศึกษาไม่มากนัก ทำให้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคในพื้นที่ และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนป้องกันและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective analytic study) กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา เนื่องจากการมีอายุมากกว่า 60 ปี มีผลทำให้เซลล์สมองเสื่อม สลายและฝ่อตัวลง ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ตามมา ผู้หญิงเป็นโรคอัลไซเมอร์มากกว่าผู้ชาย อาจเป็นผลจากฮอร์โมนเพศหญิง และขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมทางสังคม ซึ่งบางสังคมผู้หญิงไม่ได้รับการส่งเสริม ให้ได้รับการศึกษาสูงทำให้ผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[4] 2. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม พบว่า การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

การไม่ออกกำลังกาย การไม่เข้าสังคม และการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันจากการความเจ็บป่วยและอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[4] 3. การเจ็บป่วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันใน เลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่ศีรษะ และโรคซึมเศร้า ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น[4]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี และได้รับการบันทึกข้อมูลสุขภาพในระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน 44,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี และได้รับการบันทึกข้อมูลสุขภาพในระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรีไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. มีข้อมูลการประเมินภาวะสมองเสื่อมในเวชระเบียน
4. มีข้อมูลปัจจัยสุขภาพพื้นฐานครบถ้วน เช่น โรคประจำตัว และข้อมูลประชากรครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก

1. เวชระเบียนมีข้อมูลไม่ครบถ้วน
2. ผู้สูงอายุมีโรคทางระบบประสาทอื่นที่มีผลต่อการประเมินสติปัญญา เช่น stroke ระยะเฉียบพลัน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษานี้มีการใช้สถิติ Binary Logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยกำหนด Alpha (α)=0.05 Power (1-β) =0.80 Effect size (OR)=1.8 Proportion exposed=0.30 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ Gill Livingston และคณะ ซึ่งรายงานว่าปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย เช่น การศึกษาต่ำ และโรคความดันโลหิตสูง มีค่า Odds ratio อยู่ระหว่าง 1.5–2.0 Proportion of cases (dementia prevalence) 0.08 (8%) อ้างอิงจากการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ได้กลุ่มตัวอย่าง 322 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 354 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองลพบุรี ขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลเวชระเบียน
2. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ inclusion criteria
4. สุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนได้จำนวน 354 คน

คำนิยาม

ภาวะสมองเสื่อม (Major NCD) ตามเกณฑ์ DSM-5 หมายถึง กลุ่มอาการที่สมองบกพร่องอย่างชัดเจนในด้านการรับรู้และการคิดอย่างน้อย 1 ด้าน โดยมีหลักฐานจากการสังเกตของผู้ใกล้ชิดและการทดสอบสมรรถภาพสมองที่เป็นมาตรฐาน ความบกพร่องนี้ต้องรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย และที่สำคัญอาการดังกล่าวต้องไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) รวมถึงไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การเข้าสังคม ลักษณะการบริโภคอาหารไขมันสูง การไม่บริโภคผักและผลไม้ ความสามารถในการทำกิจวัตร (ADL)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงฐานข้อมูลเวชระเบียน
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
5. นำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ด้วย Logistic regression

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอเมืองลพบุรี จำนวน 354 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี ร้อยละ 46.6 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.4 ปี (SD = 6.8) ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 65.0 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับไม่ได้รับการศึกษาหรือระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.2 นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 53.1 และมีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ ร้อยละ 57.1 เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 80.8) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.8) มีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 55.1 ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 33.3 มีการบริโภคอาหารไขมันสูงเป็นประจำร้อยละ 39.5 และไม่ค่อยบริโภคผักและผลไม้ร้อยละ 26.6 สำหรับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ส่วนใหญ่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 85.3 สำหรับข้อมูลทางคลินิกหรือการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน ร้อยละ 35.3 และมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 41.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 22.0

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จำนวน 354 คน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 30 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 8.5 (95%CI 5.81–11.94) และเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 91.5

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Univariate Analysis)

ปัจจัยเสี่ยง	มีสมองเสื่อม n=30 จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีสมองเสื่อม n=324 จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
1. ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ - ชาย	9 (6.3)	133 (93.7)	(Ref.)	0.235

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Univariate Analysis)

ปัจจัยเสี่ยง	มีสมองเสื่อม n=30 จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีสมองเสื่อม n=324 จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
- หญิง	21 (9.9)	191 (90.1)	1.63 (0.72–3.66)	
อายุ				
- 60–69 ปี	6 (3.6)	159 (96.4)	(Ref.)	0.002*
- 70 ปีขึ้นไป	24 (12.7)	165 (87.3)	3.85 (1.55–9.62)	
สถานภาพสมรส				
- คู่	16 (7.0)	214 (93.0)	(Ref.)	0.165
- โสด/หม้าย/หย่า/แยก	14 (11.3)	110 (88.7)	1.70 (0.80–3.62)	
ระดับการศึกษา				
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	3 (2.8)	106 (97.2)	(Ref.)	
- ไม่ได้รับการศึกษา/ประถม	27 (11.0)	218 (89.0)	4.38 (1.31–14.65)	0.010*
อาชีพ				
- มีงานทำ/รับจ้าง/ค้าขาย	11 (6.6)	155 (93.4)	(Ref.)	0.252
-ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน-แม่บ้าน	19 (10.1)	169 (89.9)	1.58 (0.72–3.47)	
รายได้ต่อเดือน				
- เพียงพอ	14 (6.9)	188 (93.1)	(Ref.)	0.234
- ไม่เพียงพอ	16 (10.5)	136 (89.5)	1.58 (0.74–3.38)	
2. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม				
การสูบบุหรี่				
- ไม่สูบ	22 (7.7)	264 (92.3)	(Ref.)	0.283
- สูบ	8 (11.8)	60 (88.2)	1.60 (0.68–3.76)	
การดื่มแอลกอฮอล์				
- ไม่ดื่ม	21 (7.7)	251 (92.3)	(Ref.)	0.354
- ดื่ม	9 (11.0)	73 (89.0)	1.47 (0.65–3.34)	
การออกกำลังกาย				
- สม่ำเสมอ	6 (3.8)	153 (96.2)	(Ref.)	0.004*
- ไม่สม่ำเสมอ/ไม่ออกเลย	24 (12.3)	171 (87.7)	3.58 (1.44–8.91)	
การเข้าสังคม				
- เข้าร่วมสม่ำเสมอ	15 (6.4)	221 (93.6)	(Ref.)	0.043*
- ไม่ค่อยเข้าร่วม/นาน ๆ ครั้ง	15 (12.7)	103 (87.3)	2.15 (1.01–4.55)	
การบริโภคอาหารไขมันสูง				
- ไม่บริโภค/นาน ๆ ครั้ง	15 (7.0)	199 (93.0)	(Ref.)	0.224
- บริโภคเป็นประจำ	15 (10.7)	125 (89.3)	1.59 (0.75–3.38)	
การไม่บริโภคผักและผลไม้				
- บริโภคประจำ	20 (7.7)	240 (92.3)	(Ref.)	0.378
- ไม่ค่อยบริโภค/ไม่บริโภค	10 (10.6)	84 (89.4)	1.43 (0.65–3.15)	
ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน				
- พึ่งพาตนเองได้	22 (7.3)	280 (92.7)	(Ref.)	0.054
- พึ่งพาปานกลางถึงรุนแรง	8 (15.4)	44 (84.6)	2.31 (0.97–5.54)	
3. การเจ็บป่วย (ข้อมูลทางคลินิก)				

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Univariate Analysis)

ปัจจัยเสี่ยง	มีสมองเสื่อม n=30 จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีสมองเสื่อม n=324 จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
การสูญเสียการได้ยิน				
- ไม่มี	22 (7.5)	273 (92.5)	(Ref.)	0.334
- มี	8 (13.6)	51 (86.4)	1.95 (0.81–4.66)	
การสูญเสียการมองเห็น				
- ไม่มี	18 (6.1)	277 (93.9)	(Ref.)	0.031*
- มี	12 (20.3)	47 (79.7)	3.93 (1.75–8.82)	
ภาวะอ้วน (BMI)				
- ปกติ/ ต่ำกว่าเกณฑ์	17 (7.4)	212 (92.6)	(Ref.)	0.334
- อ้วน (≥25.0 kg/m²)	13 (10.4)	112 (89.6)	1.45 (0.68–3.08)	
โรคเบาหวาน				
- ไม่มี	21 (7.6)	255 (92.4)	(Ref.)	0.267
- มี	9 (11.5)	69 (88.5)	1.58 (0.70–3.60)	
โรคความดันโลหิตสูง				
- ไม่มี	9 (4.7)	183 (95.3)	(Ref.)	0.006*
- มี	21 (13.0)	141 (87.0)	3.03 (1.34–6.85)	
ภาวะไขมันในเลือดสูง				
- ไม่มี	16 (7.7)	193 (92.3)	(Ref.)	0.505
- มี	14 (9.7)	131 (90.3)	1.29 (0.61–2.73)	
โรคหัวใจ				
- ไม่มี	26 (8.1)	294 (91.9)	(Ref.)	0.468
- มี	4 (11.8)	30 (88.2)	1.51 (0.50–4.56)	
โรคหลอดเลือดสมอง (ประวัติเดิม)				
- ไม่มี	26 (7.8)	306 (92.2)	(Ref.)	0.084
- มี	4 (18.2)	18 (81.8)	2.62 (0.84–8.17)	
อุบัติเหตุที่ศีรษะ (ประวัติเดิม)				
- ไม่มี	28 (8.3)	311 (91.7)	(Ref.)	0.493
- มี	2 (13.3)	13 (86.7)	1.71 (0.37–7.93)	
โรคซึมเศร้า				
- ไม่มี	26 (8.0)	300 (92.0)	(Ref.)	0.246
- มี	4 (14.3)	24 (85.7)	1.92 (0.63–5.86)	

จากตารางที่ 1 ความสัมพันธ์รายปัจจัย (Univariate Analysis) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บป่วย กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า มี 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.85 เท่าของกลุ่มอายุ 60–69 ปี (Crude OR = 3.85, 95%CI: 1.55–9.62, p = 0.002) ระดับการศึกษา โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบชั้นประถมศึกษา มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 4.38 เท่าของกลุ่มที่จบมัธยมศึกษาขึ้นไป (Crude OR = 4.38, 95CI: 1.31–14.65, p = 0.010) การออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.58 เท่าของกลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (Crude OR=

3.58,95%CI: 1.44–8.91, p = 0.004) การเข้าสังคมโดยผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.15 เท่าของกลุ่มที่เข้าสังคมสม่ำเสมอ (Crude OR = 2.15, 95%CI: 1.01–4.55, p = 0.043) โรคความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.03 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรค (Crude OR = 3.03, 95CI: 1.34–6.85, p = 0.006) การสูญเสียการได้ยิน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินมีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 20.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการได้ยินปกติ (ร้อยละ 6.1) พบว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงเป็น 3.93 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 3.93, 95%CI: 1.75–8.82, p = 0.001) การสูญเสียการมองเห็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็น มีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 13.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีการมองเห็นปกติ (ร้อยละ 7.5) โดยผู้สูงอายุที่สูญเสียการมองเห็นจะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.93 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 3.93, 95%CI: 1.75–8.82, p = 0.031) สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร ค่า ADL และโรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Multivariate Logistic Regression)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม	Adjusted OR	95% CI ของ Adjusted OR	p-value
การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ/ไม่ออกเลย	2.55	1.01-6.64	0.048*
อายุ 70 ปีขึ้นไป	2.91	1.10-7.68	0.031*
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา	3.35	1.02-11.45	0.046*
การสูญเสียการมองเห็น	3.92	1.81–9.66	0.031*

Nagelkerke R^2 = 0.478 (ปัจจัยทั้งหมดร่วมกันอธิบายการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 47.8)

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกส์พหุตัวแปร (Multivariate Logistic Regression) พบว่ามี 4 ปัจจัยหลัก (Independent risk factors) ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเรียงลำดับตามขนาดของค่าความเสี่ยง (Adjusted Odds Ratio) จากน้อยไปมาก ได้แก่ การสูญเสียการมองเห็น การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ/ไม่ออกเลย อายุ 70 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี พบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 8.5 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานระดับประเทศของไทยและแนวโน้มในระดับต่างประเทศ และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยร่วมด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์พหุตัวแปร พบปัจจัยเสี่ยงอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ปัจจัย ซึ่งอภิปรายผลได้ ดังนี้

ระดับการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุดเป็น 3.35 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่จบระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ด้วยทฤษฎี Brain and Cognitive Reserve ของ Livingston และคณะ[4] ซึ่งระบุว่าการได้รับการศึกษาที่สูงขึ้นในวัยเริ่มแรก (Early life) จะช่วยสร้างเครือข่ายใยประสาท (Synaptic density) ให้มีความหนาแน่นและทนทานต่อการมีพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมได้ดีกว่า เมื่ออายุมากขึ้นสมองของผู้ที่มีการศึกษาสูงจึงมีกลไกชดเชยการทำงานที่สูญเสียไปได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศินภา โตมงคล.[13] ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน พบว่าระดับการศึกษาต่ำสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของสถาบัน Lancet Commission[4,14] ที่ยืนยันว่าการศึกษาในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้น ๆ ในช่วงต้นของชีวิตที่ส่งผลระยะยาวจนถึงวัยสูงอายุ อายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.91 เท่า ของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60–69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยาที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable risk factor) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุสัมพันธ์โดยตรงกับกระบวนการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท (Neurodegeneration) การสะสมของสารโปรตีนที่ผิดปกติในสมอง เช่น Beta-amyloid และ Tau protein รวมถึงการลดลงของสารสื่อประสาท และภาวะหลอดเลือดสมองแข็งตัวตามวัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nichols, E., et al.[15] ที่พบว่าอัตราความชุก (Prevalence) หรืออุบัติการณ์ (Incidence) ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 2 เท่า ในทุก ๆ 5 ปีหลังจากอายุ 65 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO)[(1)] และการศึกษาความชุกในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง[16] ที่ระบุว่าอายุเป็นปัจจัยทำนาย (Predictor) มากที่สุดในการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และชนิดหลอดเลือดสมอง **การออกกำลังกาย** ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.55 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงสมอง เพิ่มการหลั่งสาร Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) ซึ่งช่วยในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมเซลล์ประสาทในสมองส่วน Hippocampus (ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ) นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะอักเสบเรื้อรังในร่างกายและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสอดคล้องกับงานวิจัยของธัพญสรณ์ กองแก้ว, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ[17] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายต่ำมีคะแนนการประเมินสภาพสมองต่ำกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย และสอดคล้องกับงานวิจัยระดับโลกของวิทยาลัยประสาทวิทยาแห่งอเมริกา (American Academy of Neurology)[18] ที่ชี้ว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยลดอัตราการฝ่อของสมองในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ **การสูญเสียการมองเห็น** ผลการวิจัยพบข้อค้นพบที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.92 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีระบบการมองเห็นปกติ การสูญเสียการมองเห็น (เช่น จากโรคต้อกระจก ต้อหิน หรือจอประสาทตาเสื่อม) ส่งผลให้สมองส่วนรับภาพขาดการกระตุ้นทางประสาทสัมผัส (Sensory deprivation) ทำให้อัตราการเสื่อมของสมองส่วนบนเร็วขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาทางสายตายังส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ โดยทำให้ผู้สูงอายุลดการทำกิจกรรมลับสมอง (เช่น อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ) และลดการเคลื่อนไหวหรือแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดภาวะสมองเสื่อมทั้งสิ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานล่าสุดของ Lancet Commission ซึ่งกล่าวว่าการสูญเสียการมองเห็นที่ไม่ได้รับการแก้ไข (Uncorrected vision loss) เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ และตรงกับงานวิจัยแบบติดตามระยะยาวในต่างประเทศของกลุ่มปัญญาประดิษฐ์และระบาดวิทยาจักษุ[19] ที่พบว่าการผ่าตัดรักษาต้อกระจกช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่รักษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดนโยบายเชิงรุกร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองลพบุรี จัดตั้งโครงการคัดกรองสายตาและสุขภาพดวงตาผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประจำทุก 6 เดือน พร้อมทั้งจัดระบบช่องทางด่วน (Fast-track)

ในการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะต้อกระจก ต้อหิน หรือสายตาเลือนราง ให้ได้รับการผ่าตัดรักษาหรือแก้ไขอย่างทันท่วงที เพื่อรักษาระดับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2. การออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป หรือกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางการมองเห็น โดยเน้นกิจกรรมที่มีความปลอดภัยต่ำต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น กายบริหารเก้าอี้ (Chair aerobics) การฝึกโยคะผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวควบคู่กับการใช้สมอง (Cognitive-motor dual-task training) เพื่อกระตุ้นสารสื่อประสาทและระบบไหลเวียนโลหิต

3. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ไม่ควรใช้สื่อประชาสัมพันธ์หรือแบบประเมินที่ซับซ้อน ควรปรับเปลี่ยนมาใช้สื่อรูปแบบภาพ (Visual-based media) หรือนวัตกรรมการฝึกสมองที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เช่น เกมจับคู่ภาพ วงดนตรีบำบัดย้อนยุค หรือกิจกรรมเล่าความหลัง (Reminiscence therapy) เพื่อส่งเสริมการสำรองของสมอง (Cognitive Reserve) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีต้นทุนทางการศึกษาต่ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็นร่วมกับสมองเสื่อม เพื่อทำความเข้าใจถึงกระบวนการ พฤติกรรมการใช้ชีวิตอุปสรรคในการเข้าสังคม และกลไกการเกิดความบกพร่องทางการรู้คิดในบริบทจริงของผู้สูงอายุยิ่งขึ้น

2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ซึ่งอาจเห็นเพียงความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถระบุความเป็นเหตุเป็นผล (Causality) ได้ชัดเจน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแบบติดตามระยะยาว เพื่อยืนยันว่าการสูญเสียการมองเห็นและการขาดการออกกำลังกายส่งผลกระทบให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาในอนาคตจริงหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Alzheimer's Association.(2023). 2023 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2023;19(4):1598-695.
3. Alzheimer's Disease International.(2022). From plan to impact V: Who care wins - World Alzheimer Report 2022. London: Alzheimer's Disease International; 2022.
4. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al.(2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020;396(10248):413-46.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2562). สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย ประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
6. HelpAge International East Asia/Pacific.(2019). Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge - Thailand country report 2019. Chiang Mai: HelpAge International; 2019.
7. CityFacts.(2024). Lop Buri, Thailand: Population and demographics 2024 [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.cityfacts.com/thailand/lop-buri/
8. Jitapunkul S, Chayovan N, Kua E.(2001). The prevalence of dementia among Thai elderly: A community-based study in Bangkok and central Thailand. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16(12):1145-52.
9. Doungkaew S, Taneepanichskul S.(2014)> Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Samut Prakan Province, Thailand. J Health Res. 2014;28(5):315-21.

10. Thongwachira P, Sritanyarat W, Chonpathompikunlert P.(2017). Prevalence of dementia and its associated factors among older adults in Bang Phlat District, Bangkok. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(2):88-97.
11. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(2557). รายงานการวิจัยความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
12. Sukchan P, Thaniwat S, Phetchan R.(2021). Factors associated with dementia among Thai elderly: A systematic review of community-based studies. Thai Journal of Public Health. 2021;51(3):245-58.
13. ศศินภา โตมงคล.(2569). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2569; 23(1): 100-15.
14. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Dias A, Fox NC, et al.(2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Commission. Lancet. 2024;404(10452):543-98.
15. Nichols, E., et al.(2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Public Health. 2022;7(2):89-100.
16. แวววลี พลเยี่ยม.(2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(3):233-244.
17. ธัพญสรณ์ กองแก้ว, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567; 18(3): 1031–1046.
18. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al.(2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011;108(7):3017-22.
19. Lee AY, Gibbons LE, McCurry SM, Larson EB, Barrett-Connor E, et al.(2022). Association of cataract surgery with risk of developing dementia in older adults. JAMA Intern Med. 2022;182(2):134-41.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตร่วมกับโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา

Nursing care for a Patients with Ureterolithiasis and Co-morbidities with Chronic Kidney Disease, Diabetes Mellitus, and Hypertension: A Case Study.

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

วันทนา ศิริสวัสดิ์[1]
Wantana Sirisawat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลโรคนิ่วในท่อไตร่วมกับโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ผู้ป่วยมีประวัติปวดท้องด้านขวาร้าวไปหลัง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล และได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาระบบทางเดินปัสสาวะ พบเป็นนิ่วเขากวางบริเวณท่อไตส่วนบนข้างขวา ขนาด 2.5 เซนติเมตร ในครั้งนี้ผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาลตามนัด เพื่อเข้ารับการผ่าตัดนำก้อนนิ่วออก

ผลการศึกษา พบผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญในแต่ละระยะ ดังนี้ ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ โซเดียมในเลือดต่ำและโปแตสเซียมในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะระยะเริ่มต้น ภาวะซีด และวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินและภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนิ่วในท่อไต เช่น ปัสสาวะรั่วซึม เลือดออกในช่องท้องจากการบาดเจ็บของอวัยวะและเส้นเลือดใกล้เคียง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและแผลผ่าตัด ปวดแผลผ่าตัด ระยะฟื้นฟู ได้แก่ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และระยะจำหน่ายรวมถึงการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวเรื้อรัง ซึ่งผลจากการให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกระยะ ทำให้ทุกปัญหาได้รับการจัดการแก้ไข ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ : โรคนิ่วในท่อไต, โรคไตเรื้อรัง, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This case study aims to examine nursing care for a patient with ureterolithiasis, co-morbid with chronic kidney disease, diabetes mellitus, and hypertension. The subject is a 65-year-old female with a history of diabetes mellitus, hypertension, hyperlipidemia, and stage 3-4 chronic kidney disease. One month prior to this admission, she presented with right-sided abdominal pain radiating to the back. A urological radiological evaluation revealed a 2.5-cm staghorn calculus in the right upper ureter. Consequently, the patient was admitted as scheduled to undergo surgical removal of the calculus.

The results demonstrated that the patient experienced critical nursing problems across distinct phases of care. In the pre-operative phase, the primary concerns included hyponatremia, hyperkalemia, hyperglycemia, early-stage urinary tract infection (UTI), anemia, and anxiety regarding surgical safety. During the 24-hour post-operative phase, the patient faced risks of fluid overload, acute heart failure, and surgical complications specific to ureterolithiasis surgery such as urine leakage and intra-abdominal hemorrhage resulting from potential injury to adjacent organs and major blood vessels. Additional post-operative challenges included pain management and the risk of surgical site and urinary tract infections. In the restorative phase, the patient experienced nutritional deficits, with dietary intake falling short of bodily requirements. Finally, during the discharge and continuity of care phase, the prominent risks identified were the recurrence of urinary tract calculi and complications secondary to her chronic co-morbidities.

Keywords: Ureterolithiasis, Chronic Kidney Disease, Diabetes Mellitus, Hypertension

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

บทนำ

โรคนิ่วในท่อไต (Ureteric calculi or Ureterolithiasis เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urolithiasis) ที่เกิดจากนิ่วในไตเลื่อนหลุดลงมาที่ท่อไต[1] เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่พบในประชากรทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีรายงานความชุกของโรคดังกล่าวร้อยละ 1–19.1 ซึ่งอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 21–53 ภายในระยะเวลา 3–5 ปี โดยมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 1.3–1.5 : 1 และพบบ่อยในช่วงอายุ 30–60 ปี[2] สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในประชากรภาคใต้ พบว่าอุบัติกาณ์การเกิดโรคนิ่วในท่อไตอยู่ที่ 83.8 ต่อ 100,000 ประชากร เพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน 1.6: 1 และอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี[3] ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคนิ่วในท่อไต ประกอบด้วยหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น พันธุกรรม เพศ อายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปริมาณการดื่มน้ำ แม้ว่าปัจจุบันกลไกการเกิดนิ่วยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เมื่อเกิดการอุดกั้นในระบบทางเดินปัสสาวะ จะส่งผลให้เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ ร่วมกับการบาดเจ็บของท่อไต นำไปสู่การมีอาการปวดท้องรุนแรงเฉียบพลัน หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หากการอุดกั้นดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Urosepsis) และอาจนำไปสู่ภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือเร่งการเสื่อมของเนื้อไตให้รุนแรงยิ่งขึ้น[4] ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus; DM) และโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension; HT) เนื่องจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหลักที่ทำลายหลอดเลือดและเนื้อไตอยู่เดิม ประกอบกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เมื่อเกิดภาวะอุดกั้นจากนิ่วในท่อไต ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่รุนแรงและลุกลามได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน[5] นอกจากนี้ การควบคุมความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับภาวะการทำงานของไตที่ลดลงจากเดิม ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันซ้อนทับบนภาวะ ไตเรื้อรังเดิม (Acute-on-Chronic Kidney Injury) และเร่งการเสื่อมของไตให้เร็วขึ้น[6] ด้วยเหตุนี้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความซับซ้อน โดยจำเป็นต้องควบคุมโรคประจำตัวควบคู่ไปกับการรักษาโรคนิ่วในท่อไต โดยการรักษานิ่วในท่อไต กรณีก้อนนิ่วที่ขนาดเล็กกว่า 5 มิลลิเมตร อาจหลุดออกมาเองได้ แต่หากก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่ จะไม่สามารถหลุดออกเองได้ ต้องให้การรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดเปิดช่องท้องนำนิ่วออก (Ureterolithotomy) ก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร โอกาสหลุดเองน้อยมาก และเสี่ยงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอุดตันของนิ่ว ลักษณะท่อไตคดงอ ทำให้ไม่สามารถสอดกล้องเข้าไปสลายนิ่วได้นิ่วอัดแน่นอยู่นาน ไม่สามารถใช้เครื่องมือส่องกล้องคีบหรือดึงออกมาได้ และรักษาวิธีอื่นไม่ได้ผล การผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง (URSL) โดยใช้กล้องส่องผ่านทางท่อปัสสาวะ เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนถึงท่อไต และทำให้นิ่วแตกเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วคีบออกมา เหมาะกับนิ่วขนาดไม่เกิน 1–2 เซนติเมตร การสลายก้อนนิ่วด้วยคลื่นกระแทก (ESWL) ใช้คลื่นเสียงความถี่สูงยิงผ่านผิวหนัง เพื่อทำให้นิ่วแตกเป็นผง และขับออกทางปัสสาวะ เหมาะกับนิ่วขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร การผ่าตัด PCNL เป็นการเจาะรูเล็ก ๆ บริเวณหลัง แล้วใช้กล้องส่อง เพื่อนำเครื่องมือสอดเข้าไป ทำให้นิ่วแตกเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วคีบนิ่วออกมา ใช้ในกรณีที่รักษาวิธีอื่นไม่ได้ผล[7,8] อย่างไรก็ตาม

การผ่าตัดเพื่อนำก้อนนิ่วออกจากท่อไต ไม่ว่าจะเป็นวิธีใด ล้วนมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะเลือดออกในช่องท้อง ท่อไตบาดเจ็บ การบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง ปัสสาวะรั่วซึม หรือภาวะไตวายเฉียบพลันจากการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น[7]

จากสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปี พ.ศ. 2566, 2567, และ 2568 พบว่า มีผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 46, 35, และ 97 ราย ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นนิ่วในท่อไต จำนวน 20, 30, และ 58 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 43.70, 85.71, และ 59.79 ของผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะทั้งหมด ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคร่วมที่ซับซ้อนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[9] ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความยุ่งยาก ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นในทุกระยะ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ตลอดจนระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำกรณีศึกษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตร่วมกับโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงรายนี้ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย และยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตร่วมกับโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนิ่วในท่อไต ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตร่วมกับโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งต้องใช้ทั้งความรู้ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแลช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่นๆ 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 65 ปี อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรสคู่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2569 การวินิจฉัยโรค Right Ureterolithiasis (Staghorn stone) underlying CKD stage 3-4, DM, DLP และ HT การผ่าตัด Right Ureterolithotomy (วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569) จำหน่ายวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 13 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัดนิ่วในท่อไตข้างขวา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดท้องด้านขวา ร้าวไปหลัง และได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาระบบทางเดินปัสสาวะ พบเป็นนิ่วเขากวางบริเวณท่อไตส่วนบนข้างขวา ขนาด 2.5 เซนติเมตร แพทย์จึงนัดมานอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ เพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดและนำก้อนนิ่วออก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

DM, HT, DLP, CKD stage 3-4

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ปฏิเสธการแพ้ยาและใช้สารเสพติดใดๆ

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยรูปร่างอ้วน ผิวคล้ำ แต่งกายสะอาด รู้สึกตัวดี GCS = 15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) แขนขาทั้ง 2 ข้างยกขยับได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 Pupil Ø 2 mm RTL BE สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT = 36.5^{O}C, PR = 80 beats/min (Regular), RR = 20 beats/min, BP = 128/67 mmHg และ O_2 Sat = 97% (Room air) ไม่มีหายใจเหนื่อยหรือเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการปวดท้องหรือปวดบริเวณสีข้างด้านขวา Pain score = 0 คะแนน หน้าท้องนิ่ม คลำไม่พบก้อน และไม่มีอาการกดเจ็บ ปัสสาวะใส ไม่มีเลือดปน ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ผิวหนังชุ่มชื้นดี ไม่มีผื่น บาดแผล หรือจุดเลือดออก เยื่อบุตาและใต้เล็บซีดเล็กน้อย ไม่มีบวมกดบุ๋มบริเวณหน้าแข้งและเท้า ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้าง ไม่พบเสียงผิดปกติ แต่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัดในครั้งนี้

แผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u> **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) และ โปแตสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 (CKD Stage 3-4) 2. ผลตรวจ Electrolyte แรกรับพบ Na ต่ำ = 132 mmol/Lและ K สูง = 4.9 mmol/L **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อรักษาระดับโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ดูแลให้ได้รับยา Kalimate 30 gm ผสมน้ำ 50 ml รับประทาน ตามแผนการรักษา จำนวน 2 ครั้ง ในวันแรก และวันที่ 2 หลังเข้ารับการรักษา เพื่อขับโปแตสเซียมออกจากร่างกายทางอุจจาระ 2. เฝ้าระวัง และติดตามผลข้างเคียงสำคัญจากยา Kalimate เช่น ท้องผูก ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) แคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcemia) แมกนีเซียมในเลือดต่ำ (Hypomagnesemia) 3. ให้คำแนะนำจำกัดอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ผลไม้สีเหลืองหรือสีส้ม ผักใบเขียวเข้ม 4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 60 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มระดับโซเดียมในเลือด 5. สังเกต และเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เช่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ชัก หมดสติ และหยุดหายใจ 6. สังเกตและเฝ้าระวังอาการของภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง เช่น คลื่นไส้ ใจสั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว หรือเต้นช้ากว่าปกติ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผิดปกติ เช่น T wave สูงขึ้น และแคบลง (Tall peaked T wave), QT interval สั้นลง และ PR interval ยาวขึ้น

2. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และโปแตสเซียมในเลือดสูง	7. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินค่า Na และ K ในการตอบสนองต่อการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวด ศีรษะหรือกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ไม่มีอาการใจสั่นหรือท้องผูก PR ปกติ = 80 - 86 beats/min (Regular) ผลตรวจ Electrolyte ซ้ำพบว่า Na อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 139 mmol/L และ K ลดลงเหลือ 4.7 mmol/L ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันแทรกซ้อนกับภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะจากนิ่วท่อไต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผล KUB พบเป็นนิ่วเขากวาง (Staghorn stone) บริเวณท่อไตข้างขวาส่วนบน ขนาด 2.5 cm 2. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 (CKD Stage 3-4) 3. ผลการตรวจ Renal function test แรกรับ พบ BUN = 28.70 mg/dL (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ), Creatinine = 1.82 mg/dL (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ),GFR = 28.73 ml/min/1.73m^2 (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ) และไตเรื้อรังระยะ 4 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลัน และป้องกันเนื้อเยื่อไตถูกทำลายเพิ่มขึ้น	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2 - 4 ชั่วโมง ร่วมกับประเมินระดับความรู้สึกตัว และสังเกตลักษณะการหายใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะของเสียคั่งในสมอง และภาวะเลือดเป็นกรด 2. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะไตวายเฉียบพลัน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน บวมที่หลังเท้า หน้าแข้ง รอบดวงตา ความดันโลหิตสูง หายใจหอบลึก ซึมลง สับสน 3. ประเมินและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย (Intake/Output) ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะปัสสาวะน้อย (Oliguria) 4. ประเมินอาการปวดท้องหรือปวดบริเวณสีข้างด้านขวา เพื่อประเมินการอุดกั้นของท่อไตที่รุนแรงขึ้น 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 60 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไตอย่างเพียงพอ 6. หลีกเลี่ยงการให้ยาที่มีพิษต่อไต เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs 7. ติดตามผลการตรวจ Renal function test (BUN, Creatinine) และ ค่า GFR เพื่อเฝ้าระวังภาวะไตวายเฉียบพลัน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) สัญญาณชีพปกติ PR = 80 - 86 beats/min (Regular), RR = 20 beats/min, BP = 120/82- 131/76 mmHg ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการบวมบริเวณหลังเท้า หน้าแข้ง หรือรอบดวงตา ไม่ปวดท้องบริเวณสีข้างด้านขวา ปริมาณสารน้ำเข้า ออกจากร่างกายมีความสมดุล ปัสสาวะออกดี 70-75 ml/hr ไม่มีคำสั่งส่งตรวจ Renal function test ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และเสี่ยงต่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นเฉียบพลัน เนื่องจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว DM, HT 2. ผลตรวจเลือดแรกรับพบ Blood Sugar = 153 mg/dL (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ) 3. ผลประเมินสภาพจิตใจแรกรับพบผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและปลอดภัย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตโดยเฉพาะในระยะที่มีความเครียด 2. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาเดิมของแพทย์ (ยกเว้นในวันที่จะผ่าตัดที่ต้องงดอาหารและน้ำ) ได้แก่ 1) ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ Glipizide (5 mg) 2 x 2 PO ac ร่วมกับเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, Pioglitazone (30 mg) 1x1 PO pc ร่วมกับเฝ้าระวังผลภาวะน้ำคั่งในร่างกาย และน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน 2) ยาควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ Amlodipine (5 mg) 2x1 PO pc ร่วมกับเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า และอาการบวมที่ข้อเท้าและเท้า 3. ประสานงานกับนักโภชนากรจัดอาหารเบาหวานรสจืดตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต 4. เจาะและติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ตอนเช้าทุกวัน ตามแผนการรักษา 5. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำมาก ปากแห้ง ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะบ่อย หายใจหอบลึก (Kussmaul breathing) ร่วมกับลมหายใจมีกลิ่นผลไม้ (Acetone odor) ซึมลง หรือหมดสติ 6. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว มีเสียงดังในหู 7. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดอย่างชัดเจน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

	8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Ativan (0.5 mg) รับประทานก่อนนอนในคืนก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล และพักผ่อนได้เต็มที่ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) BP อยู่ในช่วงเหมาะสม = 120/82 - 131/76 mmHg ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ดี DTX อยู่ในช่วง 99 – 117 mg/dL
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะระยะเริ่มต้น เนื่องจากมีการอุดกั้นและคั่งค้างของปัสสาวะจากนิ่วท่อไต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผล KUB พบเป็นนิ่วเขากวาง (Staghorn stone) บริเวณท่อไตข้างขวาส่วนบน ขนาด 2.5 cm 2. ผลตรวจ Urine Analysis พบ Albumin = 2^+, WBC = 3-5/HF, Leukocyte trace, Bacteria few **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะรุนแรงขึ้น	1. ประเมินและบันทึกลักษณะปัสสาวะ ได้แก่ สี ความขุ่น และกลิ่น ทุกเวร เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะรุนแรงขึ้น 2. ติดตาม ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะไข้ที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่รุนแรงขึ้น 3. ให้คำแนะนำการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง (เช้าและเย็น) ทุกครั้งหลังการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ และซับให้แห้งทันที เพื่อลดการสะสมและปนเปื้อนเชื้อโรคบริเวณ รูเปิดท่อปัสสาวะ ทำให้เสี่ยงต่อเชื้อโรคเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะและไตได้ 4. กระตุ้นให้ดื่มน้ำตามความเหมาะสมในระยะก่อนงดน้ำและอาหาร เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำปัสสาวะ และกระตุ้นกลไกการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งช่วยลดภาวะปัสสาวะคั่งค้างที่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค 5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 60 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำปัสสาวะ ที่ไปชะล้างแบคทีเรียออกจากทางเดินปัสสาวะและช่วยลดปัสสาวะคั่งค้างที่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT = 36.8 - 36.9^{O}C ปัสสาวะเองได้ สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีอาการแสบขัด หรือเจ็บท้องน้อยขณะปัสสาวะ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะซีดเนื่องจากการผลิตฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากพยาธิสภาพของโรค ไตเรื้อรัง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว CKD Stage 3-4 ซึ่งสัมพันธ์กับการขาดฮอร์โมน Erythropoietin 2. ผลตรวจร่างกายตามระบบแรกรับพบว่า เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย สีชมพูอ่อนๆ 3. ผลตรวจ CBC แรกรับพบ RBC count = 3.30 Mcell/cu.mm (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ), Hemoglobin = 9.3 gm/dL (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ, Hematocrit = 28% (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ)	1. เฝ้าระวังการมีเลือดออกตามร่างกาย โดยตรวจดูจุดเลือดออกตามผิวหนัง จ้ำเลือด หรือเลือดออกตามไรฟัน และประเมินสิ่งขับถ่ายทุกครั้ง ดูว่าอุจจาระมีสีดำ หรือปัสสาวะมีเลือดปนหรือไม่ 2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและระมัดระวัง เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เช่น การเจาะเลือดหรือแทงเข็มน้ำเกลือ เลือกเส้นเลือดที่ชัดเจน เพื่อลดจำนวนครั้งในการเจาะ และกดห้ามเลือดหลังเจาะนานอย่างน้อย 5-10 นาที หรือจนกว่าเลือดจะหยุด 3. หลีกเลี่ยงการวัดความดันโลหิตซ้ำๆ ในแขนข้างเดิมถี่เกินไป เพื่อป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อ และเกิดจ้ำเลือดใต้ผิวหนัง 4. แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันเหงือกอักเสบและเลือดออกตามไรฟัน 5. ประเมินอาการพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีด เช่น เหนื่อยง่าย หัวใจ เต้นเร็ว หรือหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง 6. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางช้าๆ เช่น จากนอนเป็นนั่ง หรือนั่งเป็นยืน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) และป้องกันการพลัดตกหกล้ม 7. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม เพื่อลดการใช้พลังงาน และลดความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพและ O_2 Sat ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 9. ติดตามค่า Hematocrit หรือ Hemoglobin กรณีมีการเจาะเลือดซ้ำก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซีด และส่งต่อข้อมูลให้ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์รับทราบ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืดหรือหายใจเหนื่อย เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย สีชมพูอ่อนตามสภาพเดิม ไม่พบจุดเลือดออกหรือจ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะ อุจจาระไม่มี

	เลือดปน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR = 80 - 86 beats/min (Regular), RR = 20 beats/min, BP = 120/82 - 131/76 mmHg , O_2 Sat คงที่ 97% Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ไม่มีคำสั่งส่งตรวจ CBC, Hematocrit ซ้ำก่อนผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดนิ่วในท่อไต และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล 2. ผลการประเมินสภาพจิตใจแรกรับพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัดและผลกระทบจากโรคประจำตัวหลายโรค (DM, HT, DLP, CKD) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยแนะนำตัวและทีมพยาบาลที่ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น และเกิดความไว้วางใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความกลัว ความวิตกกังวล โดยรับฟังอย่างตั้งใจ และตอบข้อซักถามด้วยคำอธิบายที่เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์เทคนิคที่ซับซ้อน 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดพร้อมเหตุผล เช่น การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน การทำความสะอาดร่างกาย ถอดฟันปลอม ถอดเครื่องประดับทุกชนิด 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลในวันก่อนผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัดพร้อมเหตุผล เช่น การทำความสะอาดผิวหนังและโกนขนบริเวณสีข้างขวา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ การสวนอุจจาระ ให้ข้อมูลสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น การฟื้นสติ มีแผลผ่าตัดบริเวณสีข้างขวา ผ้าก๊อซปิดไว้ และอาจมีสายระบายสิ่งคัดหลั่งต่อออกมาจากแผล มีและอุปกรณ์สำหรับวัดสัญญาณชีพ ตัวหนีบวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้วติดอยู่ และใส่คาสายสวนปัสสาวะ 5. สอนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ เทคนิคการฝึกหายใจลึกๆ (Deep breathing exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective coughing) การออกกำลังกายส่วนขาบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง ข้างเตียง ยืน และเดินตามลำดับ ตามโปรแกรมการส่งเสริมการ ลุกเดินโดยเร็ว (Early Ambulation) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดดำส่วนลึก ท้องอืด รวมถึงสอนการจัดการความปวดเบื้องต้นโดยไม่ใช้ยา 6. อธิบายให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และทีมผ่าตัด ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลห้องผ่าตัดจะร่วมกันดูแลผู้ป่วย ในการติดตาม ควบคุม และประเมินมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเฝ้าระวังการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องตลอดเวลา ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการผ่าตัดให้สำเร็จลุล่วงด้วยความปลอดภัย 7. แนะนำการเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ ไหว้พระ สวดมนต์ 8. สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวล และกลัวการทำผ่าตัด เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หน้านิ่วคิ้วขมวด ถอนหายใจบ่อย ไม่มีสมาธิ ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาความจำเป็นต้องใช้ยาคลายเครียดเพิ่มเติม 9. ทำกิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอนที่ได้แจ้งไว้แก่ผู้ป่วย เช่น เย็นวันก่อนผ่าตัดทำความสะอาดผิวหนังและโกนขนบริเวณสีข้างด้านขวา เช้าวันผ่าตัดสวนอุจจาระ ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดถูกต้องตามมาตรฐาน 10. ประสานเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดตรวจหมู่เลือดและจอง PRC 1 unit ตามแผนการรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น คลายความวิตกกังวล สามารถอธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง สาธิตย้อนกลับการหายใจลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการบริหารกล้ามเนื้อขาได้อย่างถูกต้อง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR = 80 - 86 beats/min (Regular), RR = 20 beats/min, BP = 120/82-131/76 mmHg
<u>ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง</u> **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินและภาวะหัวใจล้มเหลว	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ O_2 Sat ทุก 1 - 2 ชั่วโมง ประเมินลักษณะการหายใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะการหายใจลำบาก และภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

เฉียบพลัน เนื่องจากกลไกการควบคุมสารน้ำของร่างกายบกพร่อง ร่วมกับได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำปริมาณมาก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (GFR = 28.73 ml/min/1.73/m^2) ทำให้การขับน้ำของไตลดลง ร่วมกับมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ Albumin 2^+ ทำให้โปรตีนในเลือดต่ำลง ส่งผลให้น้ำซึมออกนอกหลอดเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อ 2. หลังผ่าตัดได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ RLS 400 ml ต่อด้วย 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 80 ml/hr x 2 ขวด และได้รับ PRC 1 unit **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกินในร่างกายและภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน	2. ฟังเสียงปอด (Breath sounds) ทุก 4-8 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังเสียงปอดผิดปกติที่บ่งชี้ถึงการมีน้ำคั่งในถุงลมปอด 3. ประเมินอาการของภาวะน้ำเกินในร่างกายและภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น หายใจเหนื่อยหอบ (Dyspnea) ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู แน่นหน้าอก หรือนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) ตาบวม หน้าบวม หรือบวมกดบุ๋มบริเวณ หน้าแข้งและหลังเท้า 4. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง และปริมาณปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และประสิทธิภาพการทำงานของไต หากพบปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานแพทย์ทราบ 5. ดูแลให้ RLS/0.9% NSS IV rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) เพื่อป้องกันการได้รับสารน้ำเร็วเกินไป 6. ดูแลให้ PRC 1 unit IV โดยปรับอัตราการไหลไม่ควรเกิน 1-1.5 ml/kg/hr หรือไม่เกิน 50-60 ml/hr ใช้เวลาให้ประมาณ 3-4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการได้รับสารน้ำเร็วและมากเกินไป 7. ให้คำแนะนำผู้ป่วยจำกัดน้ำดื่ม 800 – 1,000 ml/day เพื่อป้องกันปริมาณน้ำในกระแสเลือดมากเกินไป และแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่ามีภาวะน้ำเกินในร่างกาย เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนล่วงหน้าของภาวะน้ำเกินในร่างกายและภาวะหัวใจล้มเหลว **ประเมินผลการพยาบาล** สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT = 37- 37.2 ^{O}C, PR = 74-92 beats/min (Regular), RR = 20 beats/min, BP = 122/71-130/84 mmHg, O_2 Sat = 96% หายใจไม่เหนื่อย ฟังเสียงปอดปกติ บริเวณหน้าแข้งและหลังเท้าไม่บวมกดบุ๋ม สารน้ำเข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุล (Intake 2,100 ml, Output 2,180 ml) ปัสสาวะออกเฉลี่ย 90 ml/hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะซีดหลังผ่าตัด เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ร่วมกับ พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังเดิม **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีภาวะซีดเดิมจากโรคไตเรื้อรังระยะ 4 (RBC count = 3.30 Mcell/cu.mm (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ), Hemoglobin = 9.3 gm/dL (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ, Hematocrit = 28% (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ) 2. ผู้ป่วยสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 50 ml 3. หลังผ่าตัดตรวจ Hematocrit ซ้ำลดลงเหลือ 27% 4. เยื่อบุตา (Conjunctiva) และเล็บมีสีชมพูอ่อน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในร่างกาย 2. เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อต่างๆ พร่องออกซิเจน	1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PRC 1 unit IV ตามแผนการรักษา โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการให้เลือดอย่างเคร่งครัด เช่น ตรวจสอบชื่อ นามสกุลผู้ป่วย หมู่เลือด หมายเลขถุงเลือด วัดสัญญาณชีพก่อน ระหว่าง และหลังให้เลือด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือด 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากภาวะซีด เช่น ผิวซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น หายใจเหนื่อย เวียนศีรษะ 3. ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางช้าๆ เพื่อป้องกันภาวะหน้ามืดเป็นลมจากความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า 4. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้พลังงานและออกซิเจนของร่างกาย 5. ติดตามผลการตรวจ Hematocrit หลังการให้เลือดตามแผนการรักษา เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ BT = 37- 37.2 ^{O}C, PR = 74 - 92 beats/min (Regular), RR = 20 beats/min, BP = 122/71-130/84 mmHg เยื่อบุตาและเล็บมีสีชมพูเข้มขึ้น ไม่มีอาการหน้ามืดหรืออ่อนเพลียรุนแรง ลุกนั่งและลุกเดินรอบเตียงได้ดี ผลตรวจ Hematocrit ซ้ำ เพิ่มขึ้นจาก 27% เป็น 33.5%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนิ่วในท่อไต **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเอานิ่วออก (Right Ureterolithotomy) มีแผลผ่าตัดบริเวณสีข้างด้านขวา ใส่สายระบาย Penrose drain 1 สาย และคาสายสวนปัสสาวะไว้ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดปัสสาวะรั่วซึม เลือดออกในช่องท้องจากการบาดเจ็บของอวัยวะและเส้นเลือดใกล้เคียง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและแผลผ่าตัด	1. วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของสูญเสียเลือดในช่องท้อง ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะและแผลผ่าตัด 2. สังเกต และประเมินอาการของเลือดออกในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืดตึง กดเจ็บทั่วท้อง 3. ตรวจดูแผลผ่าตัดและสิ่งคัดหลั่งที่ซึมผ้าก๊อสบ่อยๆ ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เพื่อเฝ้าระวังการมีเลือดออกเฉียบพลัน หรือปัสสาวะรั่ว โดยมีลักษณะสิ่งคัดหลั่งสีเหลืองใสปริมาณมากซึมชุ่มก๊อสหรือออกทาง Penrose drain 3. ดูแลสายระบาย Penrose drain ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่หัก พับ งอ บันทึกลักษณะ และปริมาณของสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมา ทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) วันละครั้ง และดูแล Short drain วันละ 1 นิ้ว ตามแผนการรักษา 4. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้ปัสสาวะระบายได้ดี เป็นระบบปิด ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเสมอ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของปัสสาวะ และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกวันละ 2 ครั้ง 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD ตามแผนการรักษา ร่วมกับเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่นแพ้ยา ภาวะช็อกจากการแพ้ยา (Anaphylaxis) ท้องเสีย และการอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณที่ฉีดยา (Phlebitis) และดูแลให้ได้รับยาต้านการสลายลิ่มเลือด Transamine 2 amps IV ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ร่วมกับเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เวียนศีรษะ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ในหลอดเลือด (Thromboembolism) ความดันโลหิต **ประเมินผลการพยาบาล:** แผลผ่าตัด และ Penrose drain มีสิ่งคัดหลั่งลักษระสีแดงจางปนน้ำตาลซึมเล็กน้อยและลดลงจนแห้งสนิท บริเวณรอบแผลผ่าตัดไม่บวมแดง ท้องไม่อืดตึง ไม่ปวดท้อง ปัสสาวะสีเหลืองใส สามารถปัสสาวะเองได้ ไม่แสบขัด หลังได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ และได้รับถอด Penrose drain ไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึมออกจากรอยแผล สัญญาณชีพปกติ BT = 37- 37.2 ^{O}C, PR = 74 -92 beats/min (Regular), RR = 20 beats/min, BP = 122/71-130/84 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดบริเวณสีข้างด้านขวาเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด 1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณสีข้างด้านขวา (Flank incision) เย็บด้วย Staples 2. หลังผ่าตัดขณะอยู่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลระดับมาก Pain score = 8/10 คะแนน ได้รับยา Fentanyl 50 mcg IV 3. แรกรับที่หอผู้ป่วย ปวดแผลระดับปานกลาง Pain score = 4/10 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินระดับความปวด (Pain score) โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ลักษณะและตำแหน่งของอาการปวดทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะแรกหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยมี Pain score > 4/10 คะแนน หรือพฤติกรรมแสดงความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินซ้ำทุกครั้งหลังให้ยาบรรเทาปวด 2. ดูแลการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจลึกๆ ช้าๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น พูดคุย หรือฟังเพลงเบาๆ 3. สอนวิธีลดการสะเทือนของแผลผ่าตัด โดยแนะนำให้ใช้มือทั้งสองข้างประสานกันหรือใช้หมอนนุ่มๆ กดประคองแผลผ่าตัดเบาๆ บริเวณสีข้างขวาทุกครั้งในขณะเปลี่ยนท่า ไอ หรือจาม เพื่อลดการดึงรั้งของแผล 4. จัดให้นอนท่าศีรษะสูง (Semi-Fowler's position) เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อผนังหน้าท้อง ช่วยบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดในช่องท้อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น 5. ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงการนอนตะแคงทับแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดแรงกดทับโดยตรง ทำให้ปวดรุนแรงขึ้น แผลแยก และเกิดการอักเสบ 6. จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและลดการกระตุ้นความเจ็บปวด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยปวดแผลลดลง โดยในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด Pain score 1-2/10 คะแนน และในวันที่ 4 หลังผ่าตัด Pain score 0/10 นอนหลับพักผ่อนได้

<u>ระยะพักฟื้น</u> **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง **ข้อมูลสนับสนุน** ในช่วงวันที่ 1–3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารเบาหวานรสจืดได้น้อยประมาณ 3-4 คำต่อมื้อ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและพลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ประเมินปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ในแต่ละมื้อ และประเมินสาเหตุที่ทำให้รับประทานได้น้อย เช่น อาการคลื่นไส้ ปวดแผล หรือไม่คุ้นเคยกับรสชาติอาหารจำกัดโซเดียมและน้ำตาล 2. ดูแลให้รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง โดยแบ่งอาหารเป็นมื้อย่อยๆ 5 – 6 มื้อต่อวัน เพื่อลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อที่ลงสู่กระเพาะอาหาร ทำให้อาหารสามารถย่อยและเคลื่อนลงสู่ลำไส้เล็กได้ทัน โดยไม่เกิดการคั่งค้างในกระเพาะอาหาร ซึ่งจะป้องกันการเกิดอาการแน่นท้องและคลื่นไส้อาเจียน 3. ดูแลความสะอาดในช่องปากก่อนมื้ออาหาร เพื่อช่วยเพิ่มความอยากอาหาร และลดรสชาติที่ผิดปกติในปากจากภาวะยูรีเมีย (Uremia) ในโรคไต 4. ประสานงานกับนักโภชนากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อร่วมกันออกแบบและปรับแต่งลักษณะอาหารเบาหวานรสจืด ทั้งในด้านรูปทรง สีสัน และกลิ่นรสธรรมชาติ ที่ไม่ขัดต่อข้อจำกัดของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เพื่อช่วยกระตุ้นความยากอาหารและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ปริมาณเพิ่มขึ้น 5. ให้กำลังใจและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของสารอาหารต่อ การฟื้นฟูร่างกายและการหายของแผลผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยเบื่ออาหารลดลง และรับประทานอาหารได้เมากกว่าร้อยละ 80 ของอาหารที่จัดให้ในแต่ละมื้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อแผลผ่าตัดหายช้า เนื่องจากผิวหนังและเนื้อเยื่อรอบแผลเปียกชื้นจากการซึมของสิ่งคัดหลั่งทางสายระบายร่วมกับได้รับสารอาหาร และโปรตีนไม่เพียงพอ จากการรับประทานอาหารได้น้อยลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณสีข้างขวาเย็บด้วย Staples และใส่สายระบาย Penrose drain 1 สาย โดยในวันที่ 1–3 หลังผ่าตัด พบมีสิ่งคัดหลั่งสีแดงจางปนสีน้ำตาลซึมชรอบแผลและสายระบาย Penrose drain 2. ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารเนื่องจากเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ต้องจำกัดอาหารประเภทโปรตีน 3. ในวันที่ 1–3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อย	1. ทำแผลผ่าตัดวันละครั้งและเมื่อแผลมีสิ่งคัดหลั่งซึมเปื้อน โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด 2. ประเมินสภาพแผลผ่าตัด ขอบแผล ผิวหนังรอบแผล รวมถึงลักษณะสี และปริมาณของสิ่งคัดหลั่งที่ซึมออกมาทุกครั้งที่เปิดทำแผล 3. ดูแลสายระบาย Penrose drain ไม่ให้หัก พับงอ ทำ Short drain วันละ 1 นิ้ว ตามแผนการรักษา เพื่อระบายสิ่งคัดหลั่งจากเนื้อเยื่อชั้นลึกอย่าง มีประสิทธิภาพ และเฝ้าระวังสายระบายเลื่อนหลุดก่อนกำหนด 4. ทา Skin barrier cream บริเวณผิวหนังรอบสายระบาย Penrose drain เพื่อป้องกันผิวหนังเปื่อยแดงจากสิ่งคัดหลั่ง 5. ประสานนักโภชนากร จัดอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูงในปริมาณที่จำกัดเหมาะสมตามโรคโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เช่น ไข่ขาว เนื้อปลา เพื่อช่วยในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ พร้อมทั้งติดตาม ประเมินปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ในแต่ละมื้อ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารมื้อย่อยๆ ประมาณร้อยละ 80 ของแต่ละมื้อ แผลผ่าตัดมีสิ่งคัดหลั่งซึมลดลงอย่างต่อเนื่องจนแห้ง ผิวหนังรอบแผลและรอบสายระบายไม่บวมแดงหรือเปื่อยแดง แพทย์จึงให้ถอด Penrose drain ออก จากการติดตามอาการภายหลังจำหน่าย หลังผ่าตัดครบ 10 วัน ผู้ป่วยได้รับการถอด Staples ออกทั้งหมด แผลผ่าตัดแห้งและติดดี
<u>ระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง</u> **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการจัดการสุขภาพตนเองภายหลังการผ่าตัด ไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการดูแลแผลผ่าตัดและขาดข้อมูลสำหรับ การปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูร่างกายอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปบ้าน **ข้อมูลสนับสนุน**	ให้ความรู้และคำแนะนำตามหลัก D-METHOD ดังนี้ 1. D - Diagnosis ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ่วในท่อไต เช่น สาเหตุการเกิดนิ่ว ความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Ureterolithotomy) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและร่วมมือในการดูแลตนเอง 2. M - Medicine อธิบายการรับประทานยาปฏิชีวนะกลับบ้าน Ciprofloxacin (250 mg) 2x2 pc อย่างละเอียด เน้นย้ำให้รับประทาน จนครบ เพื่อป้องกันการดื้อยา รวมถึงผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการแพ้ยา (ผื่นคันขึ้น ตาบวม ปากบวม หรือรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

1. ผู้ป่วยไม่มีประวัติเคยผ่าตัดในลักษณะนี้มาก่อน 2. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดนิ่วในท่อไต 3. ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในเรื่อง การจัดการกับอาการต่างๆ ระดับกิจกรรมที่สามารถทำได้ในแต่ละระยะ และอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อผู้ป่วยให้ความรู้การดูแลตนเองหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเพื่อนำก้อนนิ่วออกจากท่อไต (Ureterolithotomy)	3. E - Environment แนะนำจัดห้องนอนและห้องน้ำให้อยู่ในชั้นเดียวกัน และอยู่ชั้นล่างของบ้าน เพื่อลดการเดินขึ้นลงบันไดบ่อยๆ อาจทำให้แผลผ่าตัดแยก และป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 4.T - Treatment สอนและสาธิตย้อนกลับการดูแลแผลผ่าตัด แนะนำให้รักษาความสะอาดและห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะถอด Staples และแผลแห้งสนิท สอนสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ การติดเชื้อของแผล เช่น รอบแผลบวมแดงร้อน มีสิ่งคัดหลั่งเป็นหนอง มีไข้ และอาการผิดปกติทางระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือดหรือปวดสีข้างขวารุนแรง พร้อมทั้งทบทวนเทคนิคการใช้หมอนประคองแผล บริเวณสีข้างขวาทุกครั้งที่ไอ จาม ลุกนั่งหรือยืน เพื่อลดการดึงรั้งและความเจ็บปวด 5. H - Health แนะนำการออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินราบ ไม่หักโหม หลีกเลี่ยงการยกของหนักเกิน 3 -5 กิโลกรัม การบิดเอี้ยวตัวกะทันหันห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระในช่วง 4–6 สัปดาห์แรก หลังผ่าตัด เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดแยก 6. O - Outpatient เน้นย้ำวันนัดพบแพทย์เพื่อถอด Staples และวันนัดตรวจติดตามอาการ และช่องทางการติดต่อหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง 7. D - Diet รับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะ 4 และภาวะไขมันในเลือดสูง ดื่มน้ำวันละ 800-1,000 ml หรือประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออกต่อวันและบวกเพิ่มอีก 500 และลบออก 700 ml **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตนเองหลังได้รับการผ่าตัดนิ่วในท่อไต สามารถอธิบายการดูแลแผลผ่าตัด และตอบคำถามการดูแลตนองตามหลัก D-METHOD ได้อย่างถูกต้อง มาตรวจตามนัด แผลผ่าตัดหลังถอด Staples แห้งติดดี ร่างกายฟื้นตัวได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เนื่องจากข้อจำกัดของระบบสนับสนุนในครอบครัว และอุปสรรคในการจัดหาโภชนาการเฉพาะโรคที่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตของครอบครัว **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวกลุ่มโรคไม่ติดเรื้อรังหลายโรค (DM, HT, DLP, CKD Stage 3- 4 2. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐานะและเวลาในการจัดเตรียมอาหาร 3. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าการจัดการโภชนาการเฉพาะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตามคำแนะนำของพยาบาลและนักโภชนาการทำยากในชีวิตจริง ต้องลดอาหารรสหวานจากการเป็นโรคเบาหวาน ลดอาหารเค็มจากการเป็นโรคความดันและโรคไต และลดอาหารที่มีไขมันจากการมีภาวะไขมันในเลือดสูง และลดโปรตีน	1. เชิญญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักมาร่วมพูดคุยและประเมินวิถีชีวิตของครอบครัว ข้อจำกัดด้านทุนทรัพย์ และการทำอาหารในครอบครัว เพื่อหาจุดสมดุลที่ไม่สร้างภาระให้ครอบครัวมากเกินไป 2. ให้คำแนะนำการจัดอาหารแบบ "บูรณาการและยืดหยุ่น" แทนการสั่งห้ามอย่างเด็ดขาด โดยใช้หลักการดัดแปลงอาหารร่วมของครอบครัว เช่น 2.1 ลดอาหารรสเค็ม ให้ทำอาหารตามปกติแต่ "ตักแบ่งออกมาก่อน" โดยไม่เติมน้ำปลาซีอิ๊ว หรือผงชูรสในส่วนของผู้ป่วย ใส่ได้เพียงซีอิ๊วโซเดียมต่ำไม่เกิน 1 ช้อนชา 2.2 ลดอาหารรสหวาน และไขมัน เน้นการต้ม นึ่ง แกงจืด หลีกเลี่ยงการทอด และไม่ใช้น้ำตาลทรายในการปรุงรส 2.3 ลดโปรตีน แนะนำให้รับประทานโปรตีนคุณภาพ แต่จำกัดปริมาณ เช่น เนื้อปลา 2-3 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ หรือไข่ขาววันละ 1-2 ฟอง หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมันและไข่แดง 3. แนะนำแหล่งวัตถุดิบท้องถิ่นราคาถูกและหาได้ง่ายในพื้นที่อำเภอบ้านโป่ง เช่น ผักพื้นบ้านที่มีโปแตสเซียมต่ำถึงปานกลาง เช่น บวบ น้ำเต้า ฟักเขียว ผักกาดขาว เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย 4. ทบทวนคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ดังนี้ 4.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 mg/dL) อาการผิดปกติ ได้แก่ มือสั่นหรือใจสั่น เหงื่อออก รู้สึกหิว มึนงงศีรษะ แขนขาไม่มีแรง ชัก หมดสติ 4.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แบ่งออกเป็น 2 ภาวะ ได้แก่ 1) ภาวะคีโต อะซิโดซิส (DKA) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 250 mg/dL อาการผิดปกติ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปัสสาวะปริมาณมากขึ้น คอแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้ 2) ภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 600 mg/dL โดยไม่มีกรดคีโตนคั่งในเลือด (HHNS) อาการผิดปกติได้แก่ ปัสสาวะมากและบ่อย กระหายน้ำ ขาดน้ำอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน หมดสติ

ฟอสเฟต โปแตสเซียมจากการเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อส่งเสริมระบบสนับสนุนในครอบครัวให้สามารถจัดหาและเตรียมโภชนาการบำบัดที่เหมาะสมและเข้ากับวิถีชีวิตจริงได้ 2. เพื่อควบคุมโรคเรื้อรังไม่ให้รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค	4.3 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย อาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกอาจร้าวไปบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย 4.4 โรคหลอดเลือดสมอง อาการผิดปกติ ได้แก่ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน 4.5 จอประสาทตาเสื่อม อาการผิดปกติ ได้แก่ สายตามัวลง เห็นเงาดำ มองเห็นภาพซ้อน 4.6 โรคไตเรื้อรังรุนแรงเพิ่มขึ้น อาการผิดปกติ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ตัวบวม ขาบวม อาการของน้ำท่วมปอด (หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะปนฟองสีชมพู) ปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออกเลย 5. เน้นย้ำในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ดูแลหลักในครอบครัวสามารถออกแบบรายการอาหารประจำวันที่สอดคล้องกับโรคประจำตัวเรื้อรังของผู้ป่วย และวิถีชีวิตของครอบครัวได้อย่างถูกต้อง จากการติดตามเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลควบคุมได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคประจำตัว

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 4 เข้ารับการรักษาตามนัดของแพทย์ เพื่อเข้ารับการผ่าตัดนำก้อนนิ่วเขากวางที่ท่อไตข้างขวาออก โดบในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมของร่างกายเนื่องจากตรวจพบความผิดปกติหลายด้านจากโรคประจำตัว โดยได้งดยาต้านเกล็ดเลือด เพื่อป้องกันการเสียเลือด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอาหารเบาหวานรสจืดตลอดจนแก้ไขภาวะโซเดียมต่ำและโปแตสเซียมสูงด้วยการ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมกับให้ยา Kalimate จนกระทั่งสัญญาณชีพของผู้ป่วยคงที่และระดับน้ำตาลในเลือดรวมถึงเกลือแร่อยู่ในเกณฑ์ ที่ปลอดภัย จึงได้รับการผ่าตัดในวันที่ 7 ของการรักษา ซึ่งการผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง และสูญเสียเลือดเพียง 50 มิลลิลิตร ในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อระงับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถลุกขยับตัวและทำกิจกรรมบนเตียงได้เร็ว ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ และยาประจำตัวอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้รับPRC เพื่อแก้ไขภาวะซีดเดิมจากโรคไตเรื้อรัง จนส่งผลให้ Hematocrit เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แผลผ่าตัดมีสิ่งคัดหลั่งซึมลดลงตามลำดับ จนสามารถถอดสายระบาย ปัสสาวะออกดีปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายมีความสมดุล จึงภอดสายสวนปัสสาวะออกได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD และอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 13 ของการรักษา พร้อมยาปฏิชีวนะและยาโรคประจำตัว จากการตรวจติดตามอาการหลังจำหน่ายที่คลินิกผู้ป่วยนอกจำนวน 2 ครั้ง พบว่าแผลผ่าตัดแห้งและติดดี ร่างกายฟื้นตัวได้ตามปกติ แพทย์จึงได้จำหน่ายจากการติดตามอาการ

ประเด็นสำคัญที่น่าสนใจในกรณีศึกษานี้ คือ การบริหารจัดการด้านพยาธิสภาพของโรคผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายอย่างชัดเจน [7] การตรวจพบภาวะโปแตสเซียมสูงและโซเดียมต่ำในระยะแรกรับ เป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สูญเสียหน้าที่ในการขับของเสีย การที่ดูแลให้ Kalimate เพื่อขับโปแตสเซียมออกทางอุจจาระ ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มี NaCLอย่างระมัดระวัง เป็นการเตรียมความพร้อมการผ่าตัดที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากระดับโปแตสเซียม ที่สูงเกินไปอาจเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตระหว่างการ

ระงับความรู้สึกได้[10] นอกจากนี้ การงดยาต้านเกล็ดเลือดล่วงหน้ายังช่วยลดความเสี่ยงของการสูญเสียเลือด ซึ่งสอดคล้องกับผลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยสูญเสียเลือดเพียงเล็กน้อย ในส่วนของการดูแลหลังผ่าตัด การจัดการความปวดอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ซึ่งในรายนี้สามารถลดระดับความปวดจากรุนแรงมากมาสู่ระดับปานกลางและเล็กน้อยได้ในเวลาอันสั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัว ฝึกการหายใจลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยป้องกันภาวะปอดแฟบ และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี ขณะ เดียวกันภาวะซีดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่อง มาจากโรคไตเรื้อรังที่ขาด Erythropoietin ในการกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง[11] โดยได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมด้วยการให้ PRC ทดแทน ส่งผลให้เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และ ช่วยส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการรักษาและการพยาบาลในโรงพยาบาลจะประสบความสำเร็จจนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านและฟื้นตัวได้ดี แผลผ่าตัดแห้งสนิทตามเป้าหมาย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในระยะยาวสำหรับผู้ป่วยรายนี้ คือ การป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจากโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งอาจ ทำให้ออกซาเลตในปัสสาวะตกตะกอนได้ง่ายขึ้น[12] ทีมพยาบาลจึงจำเป็นต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคประจำตัว การปฏิบัติตัวเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะ 4 และที่สำคัญที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเอง โดยเฉพาะยากลุ่มแก้ปวดอักเสบ ที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ซึ่งมีพิษต่อไตโดยตรง[7] เพื่อรักษาเนื้อไตที่เหลืออยู่ และป้องกันไม่ให้โรคไตเรื้อรังลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะ

1. จัดตั้งหรือพัฒนาคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (PAC) ตั้งแต่ระยะผู้ป่วยนอก

2. ประสานความร่วมมือกับแพทย์ และโภชนากร เพื่อร่วมกันสกัดข้อจำกัดขัดแย้งกันของทุกโรคและจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวสำหรับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัดที่มีโรคซับซ้อนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) ร่วมด้วย

3. พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะนำตามหลัก D-METHOD ให้เป็น Digital Smart Discharge Plan เช่น มี QR Code วิดีโอ สร้างระบบ Tele-nursing หรือ Line Official Account ของหน่วยงาน เพื่อติดตามอาการ และให้คำแนะนำช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภวรรณ จิวะพงศ์, กฤตินี เลิศทัศนีย์, และจิตรานันต์ กงวงษ์.(2566). ภาพทางรังสีวิทยานิ่วระบบทางเดินปัสสาวะ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566; 32 (1): 176-185.

2. Liu Y., Chen Y., Liao B., Luo D., Wang K., Li H., Zeng G.(2018). Epidemiology of urolithiasis in Asia, Asian Journal of Urology 2018; 5: 205-214.

3. Tanthanuch M.(2005). Urinary Tract Calculi in Southern Thailand. J Med Assoc Thai 2005; 88(1): 80-85.

4. พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนะศักดิ์, และสมพร กิจนุกูล.(2560). คู่มือการพยาบาลการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.

5. Zhou C., Deng SD., Wang YR., Liu PX., & Zhan HH.(2025). Risk factors for urosepsis in diabeticpatients with renal and ureteral calculi: A retrospective study. World Journal ofDiabetes 2025; 16(10): 109181.

6. Ndumele CE., Rangaswami J., Januzzi JL., lightwood AM., Spencer-Bonilla G., de Boer I.H., ... & American Heart Association.(2023). Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation 2023; 148(20): 1606–1635.
7. สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย (ในพระบรมราชูปถัมภ์).(2005). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ.กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย; 2005.
8. กลุ่มงานศัลยศาสตร์ตกแต่งและระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี.(2566). คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
9. หอผู้ป่วยศัลยกรรหญิง โรงพยาบาลบ้านโป่ง. สถิติผู้ป่วยพ.ศ. 2566, 2567, 2568 . [เอกสารภายในที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. หอผู้ป่วยศัลยกรรหญิง โรงพยาบาลบ้านโป่ง; ม.ป.ป.
10. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการระงับความรู้สึกพ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2563.
11. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO).(2026). Clinical Practice Guideline for the Management of Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney International 2026;109(1): 1-120.
12. Efe O, Verma A, & Waikar SS.(2019). Urinary oxalate as a potential mediator of kidney disease in diabetes mellitus and obesity. Curr Opin Nephrol Hypertension 2019; 28(4): 316–320.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

ผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Results of the development of participatory process for promoting traditional Thai medicine and alternative medicine services Nong Khai Provincial Public Health Office

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

จรัสศรี อาจศิริ[1] ธีรพัฒน์ สุทธิประภา[2] กานติมา ธาตุวิสัย[1]
CHARUTSRI ASSIRI TEERAPAT SUTTIPAPRA KANTIMA THATWISAI

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ปี 2567 มีสถานบริการ 83 แห่ง (100%) จัดบริการครบ แต่พบปัญหา 6 ประการ ได้แก่ ข้อมูล HDCไม่สอดคล้อง ต้นทุนยาสมุนไพรสูง จ่ายยาปรุงน้อย รูปแบบยาไม่สอดคล้อง สปสช. 2) กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยการใช้มาตรการหลัก 3 ประการ กิจกรรม 7 กิจกรรม แบ่งบทบาท 3 ระดับพื้นที่ (ตำบล-อำเภอ-จังหวัด) เชื่อมโยง Dashboard Integrated Value-Based Inspection และ Value Chain/Preventive 3 ระดับ พร้อมสนับสนุน 6 องค์ประกอบหลัก (Service Delivery, Health Workforce, Information, Medical Product, Financing, Leadership & Governance) และ Participation 3) การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมทบทวนปรับปรุง 4 มาตรการ ได้แก่ (1) งบสั่งจ่ายยา (2) การจ้างงาน (3) ชดเชยหัตถการ และ (4) สิทธิประกันสังคม) และปรับบทบาท 3 ระดับ 4) ผลการพัฒนาปี 2568 พบความเข้าใจบุคลากรและการมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังดำเนินการมีคะแนนสูงกว่าก่อน สถานบริการ 83 แห่ง (100%) บุคลากร 398 คน ยาสมุนไพร 24 รายการ (เพิ่มจาก 19) ตัวชี้วัด: ประชาชนปฐมภูมิรับบริการ 45% IMCดูแลชุมชน 15% Common Diseasesสั่งจ่ายยา 10% รายรับต่อครั้ง 80 บาท ปัจจัยความสำเร็จ 3 ประการคือ นโยบายผู้บริหารสนับสนุน การประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการโดยการมีส่วนร่วม และระบบการค้นหาผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้บริการมีความเข้มแข็ง ครบถ้วน 100% และเข้าถึงประชาชนอย่างกว้างขวาง

คำสำคัญ: กระบวนการมีส่วนร่วม ,การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

Abstract

This Research and Development (R&D) aimed to investigate the effectiveness of developing a participatory process in promoting Thai traditional and alternative medicine services at the Nong Khai Provincial Public Health Office. The sample consisted of 105 personnel involved in Thai traditional and alternative medicine services. Data was collected using questionnaires and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent t-test, and content analysis.

The research findings revealed that: 1) In 2024, 83 service facilities (100%) provided complete services, but six problems were identified: inconsistent HDC data, high cost of herbal medicines, insufficient dispensing of formulated medicines, and inconsistent drug formulations with the National Health Security Office (NHSO). 2) The participatory process in promoting Thai traditional and alternative medicine services at the Nong Khai Provincial Public Health Office was also studied. By using 3 main measures, 7 activities, divided roles into 3 levels of areas (sub-district-district-province), linking Dashboard Integrated Value-Based Inspection and Value Chain/Preventive 3 levels,

[1] กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

along with supporting 6 main components (Service Delivery, Health Workforce, Information, Medical Product, Financing, Leadership & Governance) and Participation 3) Development of participatory processes to review and improve 4 measures, namely (1) drug prescribing budget, (2) employment, (3) procedure compensation, and (4) social security rights) and adjust roles at 3 levels 4) Results of development in 2025 found that there was a statistically significant difference in personnel understanding and participation at the .05 level. After implementation, scores were higher than before. 83 service facilities (100%), 398 personnel, 24 herbal medicine items (increased from 19). Indicators: Primary care population receiving services 45%, IMC community care 15%, Common Diseases drug prescription 10%, revenue per visit 80 baht. 3 success factors: policy, management support. Public relations, participatory access to services, and collaborative patient identification systems strengthen the service, ensure 100% comprehensiveness, and broadly reach the public.

Keywords: Participatory process, Thai traditional medicine and alternative medicine

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายให้มีการส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพในปี 2558 โดยการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการเพิ่มระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาที่ 12 คือ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานขึ้น ทำให้การแพทย์แผนไทยมีการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามบริบท เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนที่มารับบริการอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง[1] พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 กำหนดให้บริการสาธารณสุขครอบคลุมถึงการแพทย์แผนไทยแล่ะการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ[2] บริการด้านการแพทย์แผนไทยจึงจัดเป็นบริการพื้นฐานที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับบความคุ้มครองจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งความคุ้มครองนี้หมายรวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถนะ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มขับเคลื่อน จัดสรร และสนับสนุนงบประมาณให้แก่การจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน[3] กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ในประเด็นพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทยในระบบบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ และการรับมือกับความต้องการทางสุขภาพของประเทศ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย นวดไทย สมุนไพรไทย การแพทย์ทางเลือก เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจ สร้างงาน สร้างอาชีพ เสริมสร้างเศรษฐกิจชุมชน และคุณภาพชีวิตประชาชน และจะส่งผลต่อเป้าหมายภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน[4]

การแพทย์แผนไทย เป็นกระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทยและให้หมายความ รวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา[5] ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย มีการดำเนินงานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ให้การดูแลประชาชนทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ในระยะเริ่มแรกการให้บริการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการเป็นการผสมผสานอยู่ในระบบบริการของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการแพทย์ทางเลือก เป็นการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ทาง

การแพทย์ นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน[6]

กระบวนการมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิดซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือองค์การในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรมทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มด้วย ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้ 1) มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ 2) มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน 3) มีส่วนร่วมในการแบ่งผลประโยชน์ และ 4) มีส่วนร่วมในการประเมินผล[7]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เป็นหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาคในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดหนองคาย โดยมีบทบาทในการบริหารจัดการและกำกับดูแลระบบบริการสุขภาพในจังหวัดหนองคาย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และได้นำนโยบายการพัฒนาและส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสู่สถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดหนองคาย เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การนวดเพื่อการรักษา การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด การใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม การฝังเข็มพร้อมเครื่องกระตุ้น การครอบกระปุก กัวซา แปะเม็ดผักกาด และการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รวม 83 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จำนวน 74 แห่ง โดยมีการให้บริการนวดไทย/ประคบสมุนไพร/การฟื้นฟูมารดาหลังคลอด จำนวน 50 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.24 หน่วยบริการมีการสั่งใช้ยาสมุนไพร จำนวน 83 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จำนวน 29 คน แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จำนวน 17 คน แพทย์แผนจีน จำนวน 5 คน ผู้สั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยในรพ.สต.จำนวน 128 คน ในปี 2565 – 2567 สถานการณ์ผู้ป่วยนอกมารับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกประเทศไทย ร้อยละ 18.05, 19.42 และ 19.50 ตามลำดับ และจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 22.14, 25.06 และ 25.26 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 20.5) (Health Data Center ณ 30 กันยายน 2567) พบว่า ผู้ป่วยนอกมารับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาการมีส่วนร่วมสนับสนุนทำประโยชน์หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในการบริการแพทย์แผนไทย ความเข้าใจร่วมกันและพัฒนานโยบาย โครงการ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนบริหารของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมายในการบริการการแพทย์แผนไทย[8] และผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับผลการพัฒนาทั้งโดยตรงและโดยอ้อมรวมถึงการกระจายประโยชน์สู่ชุมชน ดังนั้นหากบุคลากรด้านสุขภาพมีศักยภาพในการสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะย่อมเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล[9] การส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต้องสร้างความร่วมมือของสหวิชาชีพทุกฝ่ายเข้ามามีบทบาทร่วมกัน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการจัดบริการแพทย์แผนไทยและ

การแพทย์ทางเลือกให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการตลอดจนส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

3. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย แพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ที่มีแพทย์แผนไทย จำนวน 105 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ แพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ โรงพยาบาลโพนพิสัย โรงพยาบาลสังคม โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลเฝ้าไร่ โรงพยาบาลรัตนวาปี โรงพยาบาลโพธิ์ตาก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ที่มีแพทย์แผนไทย จำนวน 17 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจงของประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย แพทย์ 9 คน แพทย์แผนไทย 46 คน แพทย์แผนจีน 5 คน พยาบาล 36 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 9 คน รวม 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 ผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์บริบท การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปผลการดำเนินงาน ตามกิจกรรมของกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การทบทวนและปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.2 กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

กิจกรรม วิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกำหนดขอบเขตของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ต้องเข้าร่วม

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม การประชุมชี้แจงและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายและเป้าหมายบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ขั้นตอนที่ 3 การใช้ประโยชน์

กิจกรรม จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับจังหวัด/อำเภอ ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาล/รพ.สต. เพื่อร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการโดยเน้นการบูรณาการ เช่น การกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนที่ 4 การได้รับประโยชน์

กิจกรรม บุคลากรแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ เช่น โรงพยาบาลมีการให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยเฉพาะโรคและให้บริการแพทย์แผนจีน รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทยมีการให้บริการแพทย์แผนไทย

- การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับจังหวัด โดยมีผู้แทนจากโรงพยาบาล/รพ.สต.ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัด และการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ของบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- การประชุมคณะกรรมการประเมินผลเพื่อตรวจสอบตัวชี้วัด เช่น ผู้ป่วยนอกมารับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในรพ./รพ.สต และผลการประเมินมาตรฐานรพ.สส.พท.

- จัดทำประชาพิจารณ์หรือเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแผนงานในรอบปีถัดไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 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[10]

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 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[10]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีส่วนร่วมมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีส่วนร่วมมาก

2.61 – 3.40 มีส่วนร่วมปานกลาง
1.81 – 2.60 มีส่วนร่วมน้อย
1.00 - 1.80 มีส่วนร่วมน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน เพื่อหาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ณ จังหวัดเลย เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2.3 แบบบันทึกผลการดำเนินงานการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2. กำหนดกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

3. การดำเนินการตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

4. สรุปผลการดำเนินงานกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

5. การทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมในกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

6. การดำเนินการตามกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

7. การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเกิดความเข้าใจ โดยผู้ศึกษานัดวัน เวลา การสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมความคิดเห็นสถานการณ์การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ความเข้าใจในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ภายหลังการสนทนากลุ่มผู้ศึกษาถอดเทปการสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (ปี 2567)

พบว่า จังหวัดหนองคายมีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้งหมด จำนวน 83 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จำนวน 74 แห่ง แบ่งเป็น 1) สถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จำนวน 83 แห่ง จำแนกเป็น 1.1) โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานและคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 1.2) โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 1.3) โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ในการดูแลโรคระบบกล้ามเนื้อและมารดาหลังคลอด จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 1.4) สถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการนวดไทย/ประคบสมุนไพร/อบสมุนไพร/ฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด จำนวน 57 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.67 1.5) โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการแพทย์แผนจีน จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.56 1.6) สถานบริการสาธารณสุขมีการสั่งจ่ายยาสมุนไพร จำนวน 83 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

การดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย พบปัญหาและอุปสรรคสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1) ความไม่สอดคล้องของข้อมูลในระบบ HDC กับสถานการณ์จริง โดยเฉพาะข้อมูลการใช้ยากัญชา ข้อมูลผู้ป่วย palliative care ที่เสียชีวิต และข้อมูลผู้ป่วย Intermediate Care (IMC) ที่มีจำนวนมากกว่าโปรแกรม SMART IMC ทำให้ผลงานไม่สะท้อนความเป็นจริง 2) ต้นทุนการใช้ยาสมุนไพรที่สูงกว่ายาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่ม First line drug ส่งผลแลกต้นทุนการซื้อยาของหน่วยบริการสูงขึ้น 3) หน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยมีการจ่ายยาปรุงเฉพาะรายจำนวนน้อย 4) รูปแบบและขนาดความแรงของยาสมุนไพร 9 รายการที่กำหนดโดยโรงพยาบาลไม่สอดคล้องกับระบบเบิกจ่ายของ สปสช. ซึ่งนับเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการจัดบริการและการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีประสิทธิภาพ

2. กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2.1 มาตรการ/แนวทางและกิจกรรมหลัก

จังหวัดหนองคายมีการกำหนดมาตรการและแนวทางหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ได้มาตรฐาน 2) พัฒนาบุคลากรและสนับสนุนวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และยาสมุนไพร และ 3) พัฒนาการบริหารจัดการยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน serta จัดการระบบข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้มีความครบถ้วนถูกต้อง

กิจกรรมหลักที่ใช้ขับเคลื่อนประกอบด้วย (1) ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2) ประชุมพัฒนาระบบงานระดับจังหวัด (3) อบรมเชิงปฏิบัติการเขียนและนำเสนอผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม และ R2R (4) อบรมการเขียนค่างานวิชาชีพแพทย์แผนไทย ว.2 (5) เข้าร่วมประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 (6) สนับสนุนยาสมุนไพรตามนโยบาย "เจ็บป่วยคราใด คิดถึงยาไทย ก่อนไปหาหมอ" โดยกันเงิน Virtual Account ให้โรงพยาบาลโพนพิสัย (Phonphisai Herb) กระจายยาสมุนไพรสู่โรงพยาบาลในจังหวัด และ (7) ประชุมติดตามตัวชี้วัดในโปรแกรม HDC และรายได้ยาสมุนไพร 9 รายการในโปรแกรม e-Claim ของ สปสช.

2.2 บทบาทต่อกระบวนการดำเนินงานตามระดับพื้นที่

2.2.1 ระดับตำบล (รพ.สต. – อปท. – ภาคีเครือข่าย) ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคให้ได้รับบริการ จัดบริการแบบบูรณาการในหน่วยปฐมภูมิ (PCC) ประสานงาน พชอ. และ "3 หมอ" รวมถึงรวบรวมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน

2.2.2 ระดับอำเภอ (โรงพยาบาล – สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ดำเนินการนิเทศติดตามงาน กำหนดข้อบ่งชี้ดูแลผู้ป่วย Intermediate Care (IMC) ค้นหาผู้ป่วย IMC ส่งต่อและให้คำปรึกษาผู้ป่วย ตลอดจนประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย (รพ.สส.พท.)

2.2.3 ระดับจังหวัด (โรงพยาบาลจังหวัด – สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทำหน้าที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ประชุมพัฒนาระบบงานระดับจังหวัด บำรุงทีมสหวิชาชีพและคณะทำงาน อบรมบุคลากร จัดระบบสารสนเทศสนับสนุนการค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย IMC รวมถึงบริหารจัดการยาสมุนไพรและระบบ Telemedicine

2.3 กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (Six Building Blocks Plus Framework)

กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดำเนินการโดยเชื่อมโยง Dashboard Integrated Value-Based Inspection และ Value Chain/Preventive 3 ระดับ (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) พร้อมการสนับสนุนจาก 6 องค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบเสริม ดังนี้

ตารางที่ 1 กระบวนการดำเนินงานสอดคล้องกับกรอบ Six Building Blocks Plus โดยเชื่อมโยง Dashboard Integrated Value-Based Inspection และ Value Chain/Preventive

ระดับ	เป้าหมาย	OKR/KPI
ต้นน้ำ	ประชาชนมารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	- ผลประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท.
กลางน้ำ	การจัดบริการที่ได้มาตรฐาน	- ร้อยละประชาชนระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาแพทย์แผนไทย/ทางเลือก (เป้าหมาย ไตรมาส 2: 41% ไตรมาส 3: 43% ไตรมาส 4: 45%)
ปลายน้ำ	เพิ่มคุณภาพชีวิตในการดูแล	- รายรับต่อครั้ง (40 บาท ไตรมาส 2, 80 บาท ไตรมาส 4) - ร้อยละผู้ป่วย Common Diseasesสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น (6% ⟶ 8% ⟶ 10%) - ร้อยละผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลแบบชุมชน (11% ⟶ 13% ⟶ 15%)

องค์ประกอบหลัก

1. Service Delivery (การให้บริการ) ประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท. นิเทศติดตามงาน รวบรวมภูมิปัญญา ค้นหาผู้ป่วย จัดบริการบูรณาการใน PCC ระบบส่งต่อ ค้นพบและกำหนดข้อบ่งชี้ผู้ป่วย IMC

2. Health Workforce (บุคลากร) ประชุมคณะกรรมการ ประชุมระดับจังหวัด บูรณาการ พชอ. และ 3 หมอ อบรม ว.2 อบรม R2R/นวัตกรรม เข้าร่วมประชุมวิชาการกระทรวง มีทีมสหวิชาชีพ

3. Information (ระบบข้อมูล) ประสานงานประชาสัมพันธ์ ระบบ HDC e-Claim พัฒนาระบบบันทึกข้อมูล จังหวัดหนองคาย ระบบสารสนเทศค้นหา/วิเคราะห์ผู้ป่วย IMC Telemedicine

4. Medical Product (ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์) สำรวจความต้องการ/วางแผนผลิตยาสนับสนุนยาสมุนไพรตามนโยบาย กระจายผ่าน Phonphisai Herb เพิ่มปริมาณและมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร

5. Financing (การเงิน) สนับสนุนงบประเมินมาตรฐาน/นิเทศ ถ่ายโอนกรมบัญชีกลาง เบิกจ่าย e-Claim สปสช.

6. Leadership & Governance (ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ) นโยบายผู้บริหาร คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด/อำเภอ

องค์ประกอบเสริม

Participation (การมีส่วนร่วม) สหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการอย่างมีส่วนร่วม

3. การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

3.1 การทบทวน/ปรับปรุงกระบวนงานกิจกรรมส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ตารางที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ปัญหาอุปสรรค	มาตรการปรับปรุง
ยาสมุนไพรราคาสูง ต้นทุน First line drug สูง	สนับสนุนงบประมาณสั่งจ่ายยาสมุนไพรและจัดบริการให้คุ้มทุน เพื่อสนับสนุนการจัดบริการในสถานบริการทุกระดับ
ขาดบุคลากรแพทย์แผนไทยในบางหน่วยบริการ	สนับสนุนการจ้างงานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการที่ยังขาดแคลน
หัตถการไม่มีการชดเชยงบประมาณ	สนับสนุนงบประมาณชดเชยหรือเบิกจ่ายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของหัตถการแพทย์แผนไทย (พอกยา เผายา สักยา)
ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมไม่ได้รับชดเชย	สนับสนุนบริการในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม + สร้างแนวทางจูงใจและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ

3.2 การทบทวน/ปรับปรุง กิจกรรมส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายตามระดับพื้นที่

3.2.1 ระดับตำบล (รพ.สต. – อปท. – ภาคีเครือข่าย)

1) เพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของ อสม. และ care giver ในการค้นหาผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วย IMC

2) ขยายบริการแพทย์แผนไทยใน PCC ให้ครอบคลุมมากขึ้น

3) รวบรวมภูมิปัญญาแพทย์พื้นบ้านท้องถิ่นและนำมาบูรณาการกับบริการสมัยใหม่

4) ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการอย่างมีส่วนร่วมแก่ประชาชน

3.2.2 ระดับอำเภอ (โรงพยาบาล – สสอ.)

1) นิเทศติดตามงานมากขึ้น โดยใช้ตัวชี้วัด HDC และ e-Claim เป็นเครื่องมือ

2) กำหนดข้อบ่งชี้ดูแลผู้ป่วย IMC ด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างชัดเจน

3) ประสาน พชอ. และ "3 หมอ" ให้ร่วมให้บริการและค้นหาผู้ป่วย

4) สร้างแรงจูงใจให้สหวิชาชีพเข้าใจความจำเป็นในการให้บริการร่วม

3.2.3 ระดับจังหวัด (รพ.จังหวัด – สสจ.)

1) สนับสนุนงบประมาณประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท. และนิเทศติดตามงาน

2) พัฒนาระบบข้อมูล HDC ให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นที่จริง (ยากัญชา palliative care IMC)

3) กระจายยาสมุนไพรผ่าน Phonpisai Herb แก้ปัญหาต้นทุนสูง

4) จัดอบรมบุคลากร (ว.2, R2R, นวัตกรรม) เพิ่มพูนความรู้การวินิจฉัยโรค

5) สนับสนุนโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์แผนจีนให้ได้จัดบริการครบถ้วน

6) ประสานกรมบัญชีกลางแก้ไขปัญหาราคายาสมุนไพรและระบบเบิกจ่าย

4. ผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

4.1 ความเข้าใจบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

4.2 ผลการดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2568

4.2.1. ด้านการจัดบริการ

1) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้ง 83 แห่ง จัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100)

2) โรงพยาบาลทั่วไปจัดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน 2 แห่ง (ร้อยละ 100)

3) โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชนจัดคลินิกเฉพาะโรค 9 แห่ง (ร้อยละ 100)

4) โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชนจัดบริการ IPD แพทย์แผนไทย 9 แห่ง (ร้อยละ 100)

5) โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชนจัดบริการแพทย์แผนจีน 5 แห่ง (ร้อยละ 55.56) ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ รพ.โพธิ์ตาก รพ.สังคม และรพ.โพนพิสัย

6) สถานบริการจัดบริการนวดไทย/ประคบสมุนไพร/อบสมุนไพร/ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด 27 แห่ง (ร้อยละ 32.53)

7) สถานบริการสั่งจ่ายยาสมุนไพร 83 แห่ง (ร้อยละ 100)

8) รพ.ชุมชนจัดบริการตอกเส้นล้านนา/กดจุดสลายพังผืด/คลินิกบูรณาการร่วมหมอพื้นบ้าน 1 แห่ง (ร้อยละ 14.28) ได้แก่ รพ.โพนพิสัย

9) รพ.ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย Intermediate Care 3 แห่ง ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และรพ. โพนพิสัย

4.1.2 ด้านบุคลากร

1) บุคลากรแพทย์แผนไทยรวม 398 คน กระจายใน 83 สถานบริการ 9 อำเภอ จำแนกเป็นแพทย์แผนไทย 46 คน ผู้สั่งรักษา 127 คน ผู้สั่งใช้ยาสมุนไพร 158 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 62 คน และแพทย์แผนจีน 5 คน

3) อำเภอที่มีบุคลากรมากที่สุด ได้แก่ อำเภอโพนพิสัย (94 คน) อำเภอเมือง (68 คน) อำเภอท่าบ่อ (67 คน) ตามลำดับ

4.1.3 ด้านยาสมุนไพร

1) มีสถานที่ผลิตยาสมุนไพร WHO GMP 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลโพนพิสัย

2) ผลิตยาสมุนไพร 24 รายการ เพิ่มขึ้นจาก 19 รายการในปี 2567

4.3 ผลลัพธ์การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ตารางที่ 3 ผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ตัวชี้วัด	(ปี 2568 ไตรมาส 4)
ประชาชนระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาแพทย์แผนไทย/ทางเลือก	ร้อยละ 45
ผู้ป่วย IMCได้รับการดูแลแบบชุมชน	ร้อยละ 15
ผู้ป่วย Common Diseasesสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 10 (ของผู้ป่วย Common Diseases)
รายรับต่อครั้งบริการแพทย์แผนไทย/ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	80 บาท
สถานบริการจัดบริการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก	83 แห่ง (ร้อยละ 100)
บุคลากรแพทย์แผนไทย	398 คน
รายการยาสมุนไพรผลิต WHO GMP	24 รายการ

4.4 ปัจจัยความสำเร็จ

1. นโยบายผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ทำให้มีการจัดงบประมาณและทิศทางชัดเจนทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

2. การประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พชอ. 3 หมอ อสม. และ care giver ช่วยผลักดันการเข้าถึงบริการ

3. ระบบการค้นหาผู้ป่วยของโรงพยาบาลและ รพ.สต. มีการดำเนินงานร่วมกัน รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. และ care giver

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย พบว่า จังหวัดหนองคายมีสถานบริการสาธารณสุข 83 แห่ง (รพ.ทั่วไป 2, รพ.ชุมชน 7, รพ.สต. 74) จัดบริการแพทย์แผนไทย/ทางเลือกครบ 100% แต่พบปัญหา 6 ประการ ได้แก่ (1) ข้อมูล HDC ไม่สอดคล้องความเป็นจริง (2) ต้นทุนยาสมุนไพรสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน (3) จ่ายยาปรุงเฉพาะรายน้อย (4) รูปแบบยา 9 รายการไม่สอดคล้องระบบเบิกจ่าย สปสช. (5) บุคลากรขาดความรู้วินิจฉัยโรค (6) ผู้ป่วย IMC ขาดความเชื่อมั่นสอดคล้องกับรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข[11] และการศึกษา นโยบายด้านบทบาทของแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขไทย[12] จากสถานการณ์ดังกล่าว

ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามแนวทางแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก[4] และร่างแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย[13]โดยการกำหนดมาตรการหลัก 3 ประการ ประกอบด้วย (1) พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน (2) พัฒนาบุคลากรและวิชาการ และ (3) พัฒนาบริหารจัดการยาสมุนไพรและระบบข้อมูล พร้อมขับเคลื่อนด้วยกิจกรรมหลัก 7 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมคณะกรรมการ ประชุมระดับจังหวัด อบรม R2R/นวัตกรรม อบรม ว.2 เข้าร่วมประชุมวิชาการ สนับสนุนยาสมุนไพรผ่าน Phonphisai Herb และติดตามตัวชี้วัด HDC/e-Claim โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ตาม 3 ระดับพื้นที่ ได้แก่ ระดับตำบล (ค้นหาผู้ป่วย จัดบริการ PCC ประสาน พชอ./3 หมอ รวบรวมภูมิปัญญา) ระดับอำเภอ (นิเทศติดตาม กำหนดข้อบ่งชี้ IMC ส่งต่อผู้ป่วย ประเมินมาตรฐาน)

และระดับจังหวัด (ประชุมคณะกรรมการ อบรมบุคลากร จัดระบบสารสนเทศ Telemedicine จัดการยาสมุนไพร) กระบวนการศึกษาเชื่อมโยง Dashboard Integrated Value-Based Inspection[14] และ Value Chain/Preventive 3 ระดับ (ต้นน้ำ=ประชาชนมารับบริการ กลางน้ำ=จัดบริการมาตรฐาน ปลายน้ำ=เพิ่มคุณภาพชีวิต) พร้อมสนับสนุนจาก 6 องค์ประกอบหลัก (Service Delivery, Health Workforce, Information, Medical Product, Financing, Leadership & Governance) และองค์ประกอบเสริม Participation ผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้เกิดการจัดระบบการทำงานที่ชัดเจนและบูรณาการระหว่างระดับจังหวัด-อำเภอ-ตำบลอย่างเป็นระบบ เกิดการกำหนดแผนปฏิบัติการและจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก บุคลากรได้รับการอบรมพัฒนา (ว.2, R2R, นวัตกรรม) ส่งผลให้เกิดทีมสหวิชาชีพและคณะทำงานในหน่วยบริการ มีการจัดบริการแบบบูรณาการใน PCC ค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค และกำหนดข้อบ่งชี้ผู้ป่วย IMCอย่างเป็นระบบ พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลและระบบสารสนเทศค้นหา/วิเคราะห์ผู้ป่วย IMC พร้อมใช้ Telemedicineเชื่อมต่อ 3 ระดับ และมีระบบบริหารจัดการยาสมุนไพรผ่าน Phonphisai Herb ที่สำคัญที่สุดคือเกิดการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ พชอ. 3 หมอ และภาคีเครือข่ายในการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการอย่างมีส่วนร่วม ก่อพื้นฐานที่เอื้อต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในระยะต่อไป

หลังจากนั้นได้ทำการทบทวนปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมและผลการดำเนินงาน (ปี 2568) ในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายตามแนวคิด 6 องค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ[14] และแนวคิดห่วงโซ่คุณค่าร่วมกับการแพทย์ปฐมภูมิ (Value Chain & Primary Health Care) [15] การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่และการบูรณาการเครือข่าย[16] การบริหารจัดการตามผลงานและข้อมูลเชิงประจักษ์[17] และการจัดการนวัตกรรมและองค์กรแห่งการเรียนรู้[18] โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการทบทวนปรับปรุง 4 มาตรการหลัก ได้แก่ (1) สนับสนุนงบประมาณสั่งจ่ายยาสมุนไพรและจัดบริการให้คุ้มทุนเพื่อสนับสนุนการจัดบริการในสถานบริการทุกระดับ (2) สนับสนุนการจ้างงานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการที่ยังขาดแคลน (3) สนับสนุนงบประมาณชดเชยหรือเบิกจ่ายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของหัตถการแพทย์แผนไทย (พอกยา เผายา สักยา) และ (4) สนับสนุนบริการในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมพร้อมสร้างแนวทางจูงใจและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ พร้อมทั้งปรับบทบาทตาม 3 ระดับพื้นที่ ได้แก่ ระดับตำบล (เพิ่มบทบาท อสม./care giver ในการค้นหาและส่งต่อผู้ป่วย IMC ขยายบริการแพทย์แผนไทยใน PCC รวบรวมภูมิปัญญาแพทย์พื้นบ้านท้องถิ่น) ระดับอำเภอ (นิเทศเข้มขึ้นโดยใช้ HDC/e-Claim กำหนดข้อบ่งชี้ผู้ป่วย IMCชัดเจน ประสาน พชอ./3 หมอ สร้างแรงจูงใจสหวิชาชีพ) และระดับจังหวัด (พัฒนา HDC สอดคล้องพื้นที่จริง กระจายยาผ่าน Phonpisai Herb อบรมบุคลากร (ว. 2, R2R, นวัตกรรม) สนับสนุน รพ.ที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/แพทย์แผนจีน ประสานกรมบัญชีกลางแก้ไขปัญหาราคายา) จากการดำเนินงาน พบว่าความเข้าใจบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ ด้านการจัดบริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ 83 แห่ง (ร้อยละ 100) จัดบริการครบทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจัด OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน 2 แห่ง (ร้อยละ 100) จัดคลินิกเฉพาะโรค 9 แห่ง (ร้อยละ 100) จัดบริการ IPD แพทย์แผนไทย 9 แห่ง (ร้อยละ 100) จัดบริการแพทย์แผนจีน 5 แห่ง (ร้อยละ 55.56) ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ รพ.โพธิ์ตาก รพ.สังคม และรพ.โพนพิสัย จัดบริการนวดไทย/ประคบสมุนไพร/อบสมุนไพร/ฟื้นฟูมารดาหลัง

คลอด 27 แห่ง (ร้อยละ 32.53) สั่งจ่ายยาสมุนไพร 83 แห่ง (ร้อยละ 100) รพ.ชุมชนจัดบริการตอกเส้นล้านนา/กดจุดสลายพังผืด/คลินิกบูรณาการร่วมหมอพื้นบ้าน 1 แห่ง (ร้อยละ 14.28) ได้แก่ รพ.โพนพิสัย และมีรพ.ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย Intermediate Care 3 แห่ง ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และรพ.โพนพิสัย ด้านบุคลากรมีบุคลากรแพทย์แผนไทยรวม 398 คน กระจายใน 83 สถานบริการ 9 อำเภอ จำแนกเป็นแพทย์แผนไทย 46 คน ผู้สั่งรักษา 127 คน ผู้สั่งใช้ยาสมุนไพร 158 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 62 คน และแพทย์แผนจีน 5 คน โดยอำเภอที่มีบุคลากรมากที่สุด คือ อำเภอโพนพิสัย (94 คน) อำเภอเมือง (68 คน) และอำเภอท่าบ่อ (67 คน) ด้านยาสมุนไพรมีสถานที่ผลิตยาสมุนไพร WHO GMP 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลโพนพิสัย และผลิตยาสมุนไพร 24 รายการ เพิ่มขึ้นจาก 19 รายการในปี 2567 ประชาชนระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาแพทย์แผนไทย/ทางเลือกร้อยละ 45 ผู้ป่วย IMCได้รับการดูแลแบบชุมชนร้อยละ 15 ผู้ป่วย Common Diseasesสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (ของผู้ป่วย Common Diseases) และรายรับต่อครั้งบริการแพทย์แผนไทย/ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน 80 บาท โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในที่ดำเนินงานได้แก่ (1) นโยบายผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ทำให้มีการจัดงบประมาณและทิศทางชัดเจนทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล (2) การประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พชอ. 3 หมอ อสม. และ care giver ช่วยผลักดันการเข้าถึงบริการ และ (3) ระบบการค้นหาผู้ป่วยของโรงพยาบาลและรพ.สต. มีการดำเนินงานร่วมกัน รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. และ care giver ทำให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดหนองคายมีความเข้มแข็ง ครบถ้วน 100% และเข้าถึงประชาชนได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลดาพรรณ เย็นที่ (2564)[18] ที่พบว่า ปัจจัยที่ได้รับจากการเป็นเมืองสมุนไพรมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ได้แก่ 1.เป็นนโยบายระดับประเทศมีความชัดเจนในการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพร 2.มีข้อตกลงความร่วมมือของภาคเครือข่ายหน่วยงานหลัก 12 กระทรวงร่วมกับเมืองสมุนไพรทั้ง 14 จังหวัด เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำสมุนไพรไทยมาใช้ในประเทศอย่างครบวงจร ในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ 3.มีข้อสั่งการชัดเจนมอบหมายให้จังหวัดนครปฐมเป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ 5 4.มีตัวชี้วัดการกำหนดเป้าหมายและหน่วยงานและรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (มีการจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวง ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน) และการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม 5.มีแนวทางให้ผู้บริหารขับเคลื่อนอย่างชัดเจน 6.มีงบประมาณต่อเนื่องสำหรับกิจกรรม การสนับสนุนยาสมุนไพร พัฒนาองค์ความรู้และสร้างความเชื่อมั่นให้บุคลากรการแพทย์ผู้สั่งจ่ายยา การประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อเพื่อให้เข้าถึงยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรมากขึ้น 7.มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันช่วยเสริมและผลักดันการเป็นเมืองสมุนไพรให้ชัดเจนขึ้น นำข้อมูลจากโปรแกรม HDC ในช่วงปี 2560-2562 (มีการดำเนิงานเมืองสมุนไพร) ซึ่งเป็นผลงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้แก่ 1.ร้อยละการให้บริการฯ 2.มูลค่าการสั่งจ่ายสมุนไพร 3.ปริมาณการสั่งจ่ายยาสมุนไพร และ 4.การให้บริการแผนไทย นวด อบประคบ มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับช่วงปี 2557-2559 พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้น และเมื่อหาความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จของการเป็นเมืองสมุนไพร โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสเปียร์แมน พบว่า 1.มูลค่าการสั่งจ่ายยาสมุนไพร 3 อันดับแรก 2.ปริมาณการสั่งจ่ายยาสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ค่าทางสถิติ ($r=0.941, 0.840$, $p\text{-value}<0.05$) แต่ร้อยละการให้บริการผู้ป่วยนอก

และการให้บริการแผนไทย นวด อบ ประคบ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จ ในการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ค่าทางสถิติ (r=0.617, 0.621, p-value<0.05) และ (r=0.622, 0.621, p-value<0.05) ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ต้องนำไปวิเคราะห์เพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนงบประมาณบำบัดรักษา/ฟื้นฟูผู้ป่วย IMC ด้วยแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก และแก้ไขระบบเบิกจ่ายยาสมุนไพรให้สอดคล้องพื้นที่จริง โดยจัดสรรงบประมาณชดเชยหัตถการ (พอกยา เผายา สักยา) ถ่ายโอนกรมบัญชีกลาง เบิกจ่ายผ่าน e-Claim สปสช. และปรับรูปแบบ/ขนาดความแรงยาสมุนไพร 9 รายการที่สอดคล้องระบบเบิกจ่าย พร้อมประสานกรมบัญชีกลางแก้ไขปัญหาราคายาสมุนไพรที่สูงกว่ายาแผนปัจจุบัน เพื่อลดต้นทุนและส่งเสริมการใช้อย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ ควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมและกรอบ Six Building Blocks Plus Framework ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น โดยขับเคลื่อนด้วยมาตรการหลัก 3 ประการ (พัฒนาระบบบริการให้มาตรฐาน พัฒนาบุคลากร/วิชาการ พัฒนาบริหารจัดการยาสมุนไพร/ระบบข้อมูล) กิจกรรมหลัก 7 กิจกรรม และบทบาท 3 ระดับพื้นที่ (ตำบลเพิ่มบทบาท อสม./care giver ขยาย PCC; อำเภอนิเทศเข้มใช้ HDC/e-Claim; จังหวัดพัฒนา HDCสอดคล้องพื้นที่ กระจายยาผ่าน Phonpisai Herb อบรมบุคลากร) พร้อมสร้างระบบค้นหาผู้ป่วยร่วมกันระหว่าง รพ./รพ.สต. + ภาคีชุมชน (อสม./care giver/พชอ./3 หมอ)

3. การนำไปใช้ประโยชน์ หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมกับตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผล เช่น ประชาชนปฐมภูมิได้รับการรักษา 45% ผู้ป่วย IMCดูแลแบบชุมชน 15% Common Diseasesสั่งจ่ายยาสมุนไพร 10% รายรับต่อครั้ง 80 บาท เพื่อขยายความครอบคลุมบริการ 100% โดยเน้นปัจจัยความสำเร็จ (นโยบายผู้บริหารสนับสนุน งบประมาณและทิศทางชัดเจน การประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการโดยการมีส่วนร่วมของ พชอ./3 หมอ/อสม./care giver ระบบค้นหาผู้ป่วยร่วมกัน)

เอกสารอ้างอิง

1 ธวัชชัย กมลธรรม, ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, กันทิมา สิทธิธัญกิจ. ตำราการแพทย์แผนไทย สำหรับแพทย์. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2558.

2 เสาวนีย์ กุลสมบูรณ์, สุวิไล วงศ์ธีระสุต, อรจิรา ทองสุกมาก, สิริรักษ์ อารทรากร, ภราดร สามสูงเนิน, กมลทิพย์ สุวรรณเดช และคณะ. รายงานผลการวิจัยโครงการทบทวนสถานการณ์การส่งเสริมการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. สืบค้นจาก https://phpp.nationalhealth.or.th วันที่ 5 กันยายน 2561.

3 มณฑกา ธีรชัยสกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการเขตบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานประเมินมาตรฐานและเทคโนโลยี กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. 2557.

4 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) สืบค้นจาก https://tpd.dtam.moph.go.th/index.php/home-sp วันที่ 5 กันยายน 2567.

5 พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖. ในราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 130 ตอนที่ 10 ก วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556.

6 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพ ฯ : 2552. หน้า 17 – 20.

7 Cohen,J.M. & Uphoff, N.T. (1977). Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Impremention and Evaluation. CABI, 1997 (2), 317.

8 ถวิลวดี บุรีกุล. พลวัตการมีส่วนร่วมของประชาชนจากอดีตจนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550. กรุงเทพ : บริษัทเอดี. กราฟิค ดีไซน์จำกัด ; 2552.

9 รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2561 หน้า 231-238.

10 Best, J. W. (1981). Research in education 4th ed. New Jersey : Prentice Hall.

11. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบที่ 2 ออนไลน์ https://ops.moph.go.th/public/uploads/files/pdf/OPmRnGOINZnprogy5nRAZsgnKkwKiahG.pdf

12. ชนาภัทร นริสศิริกุล.(2565). การดำเนินนโยบายสาธารณะ : นโยบายด้านบทบาทของแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขไทย. วิทยานิพนธ์ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การเมืองการปกครอง) สาขาวิชาการเมืองการปกครอง สาหรับนักบริหารคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

13. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *ร่างแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย: แผนงานจัดทำฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข*. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. https://www.opsmoac.go.th/sustainable_agri-knowledge-files-431291791813

14. World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization.

15. Porter, M. E. (1985). Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance. The Free Press.

16. ทศพล สมพงษ์, และ พงษ์ศักดิ์ ศิริโสภณา. (2564). การพัฒนากลไกเครือข่ายการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.). วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(2), 145–160.

17. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2567). คู่มือมาตรฐานโครงสร้างข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข.

18. กองวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้. (2565). แนวทางการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) ในระบบสาธารณสุขไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

19. ลดาพรรณ เย็นที่.(2564). การศึกษาสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับบทบาทการเป็นเมืองสมุนไพรของหน่วยบริการในจังหวัดนครปฐม. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา [อินเทอร์เน็ต]. 31 สิงหาคม 2021 [อ้างถึง 22 มิถุนายน 2026];9(26):37-55. available at: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1950

การพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะกลาง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

Nursing Care for Ischemic Stroke Patients Based on Intermediate Continuous Care Guidelines: A Comparative Case Study of Two Cases, Donchedi Hospital, Suphanburi Province

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ช่อทิพย์ ชาวเขาดิน[1]
Chortip Chawkhaodin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะกลาง คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยและรับบริการดูแลระยะกลางแบบเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการศึกษาพบว่า 1) กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยวัย 69 ปี เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่อง อาศัยอยู่ลำพังในที่ดินญาติ ภรรยา ฐานะยากจน ภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (BMI 13.84) มาด้วยอาการอ่อนแรงแขนขาซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ภายหลังประวัติถูกทำร้ายร่างกาย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยเป็น Ischemic Stroke (Cerebral infarction due to thrombosis) Motor Power (แรกรับ) แขน-ขาข้างขวาเกรด 5 ส่วนข้างแขน-ข้างซ้าย เกรด 0 รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย Intermediate Care 6 วัน จำหน่ายกลับบ้านพร้อมแผนเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลหลักและไม่สามารถเดินทางมาทำกายภาพที่โรงพยาบาลได้ ทีมเยี่ยมบ้านรวม 6 ครั้ง ปรับสภาพแวดล้อมบ้าน ทำราวเกาะเดิน ทำกายภาพบำบัด นวดประคบสมุนไพร ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารและยา เสริมสร้างพลังใจ ผลลัพธ์สุดท้ายผู้ป่วยเดินได้ ADL (Barthel Index) เพิ่มขึ้นเป็น 20 คะแนนเต็ม และ 2) กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยวัย 45 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงที่ขาดยา น้ำหนักตัวมาก (BMI 36.5-41) มาด้วยอาการซึมลงและอ่อนแรงแขนขาซ้ายเฉียบพลัน ได้รับการวินิจฉัยเป็น Hemorrhagic Stroke (Intracerebral Haemorrhage with Intraventricular Hemorrhage) ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ก่อน Refer back มารับการดูแลระยะกลางต่อที่โรงพยาบาลชุมชน 12 วัน ระหว่างนอนพบภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้รับยาปฏิชีวนะ จำหน่ายกลับบ้านด้วยภาวะอ่อนแรงซีกซ้าย ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านและนัด ทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลต่อเนื่อง เน้นการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยน้ำหนักตัวมากและเคลื่อนไหวจำกัด ผลลัพธ์คือไม่เกิดแผลกดทับตลอดระยะการดูแล 3) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลรวม 12 ข้อ เหมือนกัน 8 ข้อ แตกต่างกัน 4 ข้อ ตามพยาธิสภาพและปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายสู่ชุมชน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การฟื้นฟูสภาพระยะกลาง, การพยาบาล

Abstract

This study aimed to study and compare nursing care for stroke patients during intermediate care rehabilitation: two comparative cases. Method to Situational analysis of stroke patients during the intermediate care period. Two purposively selected case studies receiving inpatient and home-visit intermediate care services at Don Chedi Hospital, Suphanburi Province.

Results: 1) Case Study 1: A 69-year-old Thai man with discontinued psychiatric treatment, living alone on relatives' land in poverty, with severe malnutrition (BMI 13.84), presented with left-sided weakness, facial droop, and slurred speech three days after an alleged physical assault. He was diagnosed with Ischemic

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

Stroke (cerebral infarction due to thrombosis); motor power on admission was right grade 5, left grade 0. He was admitted to the Intermediate Care ward for 6 days and discharged with a multidisciplinary home-visit plan due to lack of a primary caregiver and inability to travel for physiotherapy. Over 6 home visits, the team modified the home environment, installed handrails, provided physiotherapy and herbal compress massage, and gave dietary, medication, and psychological support. The patient ultimately regained the ability to walk with a full Barthel Index score of 20. 2) Case Study 2: A 45-year-old Thai woman with poorly controlled hypertension and obesity (BMI 36.5-41) presented with sudden drowsiness and left-sided weakness, diagnosed with Hemorrhagic Stroke (intracerebral hemorrhage with intraventricular extension), requiring intubation and transfer to a tertiary hospital before being referred back for 12 days of intermediate care. A urinary tract infection complicated her course and was treated with antibiotics. She was discharged with residual left hemiplegia; the multidisciplinary team continued home visits and outpatient physiotherapy, with particular emphasis on pressure injury prevention given her body weight and limited mobility, no pressure injury occurred throughout care. 3) Both cases shared 12 total nursing diagnoses, with 8 identical and 4 differing according to underlying pathophysiology and individual risk factors. Both received systematic care from admission through the continuing and community discharge phases.

Keywords: Stroke, Intermediate Care, Nursing

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก แต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน เฉลี่ยทุก 6 วินาทีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อย่างน้อย 1 คน ในประเทศไทยมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 80 เกิดจากลิ่มเลือดหรือไขมันอุดตันหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 20 เกิดจากหลอดเลือดสมองฉีกขาดหรือแตก ทำให้เลือดรั่วเข้าสู่เนื้อเยื่อสมอง แม้กลไกการเกิดโรคจะแตกต่างกัน[1] แต่ผลลัพธ์ที่ตามมาคล้ายคลึงกันคือ ความบกพร่องทางระบบประสาท (Neurologic Deficits) ซึ่งพบได้ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิต ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กระทบต่อบทบาทของบุคคลในครอบครัวและภาระค่าใช้จ่าย[2]

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ขึ้นตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยนิยามว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤต (Acute Phase) มีอาการทางคลินิกคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีเกณฑ์รับเข้าระบบคือ Barthel Index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าเท่ากับ 15 คะแนนแต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมกัน (Multiple Impairment) ระยะเวลาการดูแลไม่เกิน 6 เดือน นับจากวันพ้นภาวะวิกฤต หรือจนกว่าผู้ป่วยจะมี Barthel Index เท่ากับ 20 คะแนนก่อนครบ 6 เดือน การดูแลระยะกลางประกอบด้วยทั้งรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD intermediate care ward) และการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการดูแลระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชนช่วยลดความพิการ ป้องกันภาวะติดเตียงในระยะยาว และเพิ่มอัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการรักษาระยะเฉียบพลันจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (Refer back) เข้าสู่ระบบการ

ดูแลระยะกลางทั้งแบบผู้ป่วยในและการเยี่ยมบ้าน ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค (ตีบ-ตันหรือแตก) ภาวะโภชนาการ โรคร่วม สภาพเศรษฐกิจสังคม และระบบสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งล้วนส่งผลต่อแผนการพยาบาลและผลลัพธ์การฟื้นฟูที่แตกต่างกัน การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลักหรือทีมในชุมชนเพื่อรองรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง[4]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะกลาง กรณีศึกษา 2 ราย ที่มีพยาธิสภาพของโรคและบริบทชีวิตแตกต่างกันอย่างชัดเจน เพื่อสะท้อนให้เห็นความหลากหลายของปัญหาและแนวทางการพยาบาลที่ต้องปรับให้เหมาะสมเฉพาะราย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะกลาง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการดูแลระยะกลาง ทบทวนวรรณกรรม คู่มือ และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

2. เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งแบบผู้ป่วยในและการเยี่ยมบ้าน ขออนุญาตผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรวบรวมข้อมูล 3. ศึกษาอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4. ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน วางแผนและให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายสู่ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค สรุปผล และเผยแพร่จัดทำเอกสารวิชาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตและเข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วย Intermediate Care และการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพในชุมชน ณ โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในปีงบประมาณ 2568 โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ Refer back จากโรงพยาบาลแม่ข่ายหลังพ้นภาวะวิกฤต และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดอนเจดีย์โดยตรง ซึ่งแพทย์พิจารณาให้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพระยะกลางตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการดูแลระยะกลาง หอผู้ป่วยและทีมเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จำนวน 2 ราย โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองยืนยันด้วยภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) มีความบกพร่องทางระบบประสาทหลงเหลือที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพระยะกลางตามเกณฑ์ Barthel Index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าเท่ากับ 15 คะแนนแต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมกัน ผู้ป่วยหรือญาติ/ผู้ดูแลสามารถสื่อสารและให้ข้อมูลเป็นภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดีหรือรับรู้สถานการณ์ได้เพียงพอต่อการให้ความยินยอม ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และไม่มีภาวะวิกฤตที่ไม่คงที่ในขณะเก็บข้อมูล โดยผู้ศึกษาเลือกผู้ป่วยที่มีความ

ซับซ้อนของพยาธิสภาพ โรคร่วม ภาวะโภชนาการ และบริบททางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic Stroke) ที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงและขาดผู้ดูแลหลัก และกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่มีภาวะอ้วนรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา เพื่อให้เห็นความหลากหลายของปัญหาและแนวทางการพยาบาลที่ต้องปรับให้เหมาะสมเฉพาะราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. กระบวนการศึกษารายกรณี การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี (Case Study) เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและระบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record) ร่วมกับการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล การประเมินภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย การสังเกตขณะให้การพยาบาลและขณะลงเยี่ยมบ้าน การซักประวัติ และการศึกษาจากเอกสารใบส่งต่อผู้ป่วย (Refer Form) จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่ต้องการ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ประวัติครอบครัวและผู้ดูแล แบบแผนการดำเนินชีวิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสี

2. เครื่องมือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) ร่วมกับทฤษฎีการพร่องความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะกลางอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องในหอผู้ป่วยระยะกลาง ระยะวางแผนจำหน่าย และระยะติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน (การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ) โดยมุ่งเน้นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ของผู้ป่วยในแต่ละระยะ เพื่อกำหนดระบบการพยาบาลที่เหมาะสม ทั้งระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory System) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System) ให้สอดคล้องกับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยแต่ละราย

3. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา และสภาพเศรษฐกิจสังคม/ผู้ดูแลในครัวเรือน ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลจากการรักษา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อาการสำคัญและระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล (Onset to Door Time) โรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยง ยาที่ใช้ประจำ ผลการตรวจประเมินทางระบบประสาท (NIHSS, Glasgow Coma Score, Motor Power Grading) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) คะแนนประเมินความเสี่ยง ได้แก่ Braden Score (ความเสี่ยงแผลกดทับ) และ Fall Risk Score (ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index/ADL) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านพร้อมผลลัพธ์การฟื้นฟูในแต่ละครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการจัดระบบข้อมูล (Organizing) จัดเรียงข้อมูลตามผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะติดตามในชุมชน และประเด็นหลักตามกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์และตีความข้อมูลตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎี กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วิเคราะห์การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพร่องความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแต่ละระยะ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) เก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสังเกตขณะให้การพยาบาลและขณะเยี่ยมบ้าน การศึกษาเวชระเบียนและเอกสารส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล (Peer Review) เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คะแนน NIHSS ระดับ Motor Power คะแนน Braden Score คะแนน Fall Risk Score คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง และความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 ราย เพื่อแสดงให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างของพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง การพยาบาล และผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพอย่างชัดเจน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ หัวหน้างาน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ด้วยวาจา และได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ โดยปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนผู้ป่วยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยได้ขออนุญาตผู้ป่วยโดยการเชิญชวน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเก็บข้อมูลตามสิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยก่อนดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูลรวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษา โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ราย แม้มีพยาธิสภาพของโรคต่างชนิดกัน (Ischemic และ Hemorrhagic Stroke) และมีบริบทด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคมแตกต่างกันอย่างมาก ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง จนถึงระยะจำหน่ายสู่การดูแลระยะกลางในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ส่งผลให้สามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (ความดันในกะโหลกศีรษะสูง แผลกดทับ การติดเชื้อ) ได้สำเร็จ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับและสามารถกลับไปดำรงชีวิตในชุมชนได้ ตอกย้ำความสำคัญของระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ที่เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนผ่านทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่

ขาดผู้ดูแลหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ มีผลการศึกษารายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยวัย 69 ปี สถานภาพหม้าย (ภรรยาเสียชีวิตแล้ว) อาศัยอยู่ลำพังในที่ดินของญาติฝ่ายภรรยา ลักษณะบ้านเป็นเพิงไม่มีฝากั้น ฐานะยากจน อาศัยอาหารจากญาติและผู้นำชุมชนนำมาให้ทุกวัน มีประวัติป่วยจิตเวช (F29) รักษาไม่ต่อเนื่อง ดื่มสุราและสูบบุหรี่มวนเองวันละ 10 มวนขึ้นไปมานานกว่า 10 ปี 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติถูกญาติทำร้ายร่างกายโดยใช้ที่สูบลมตีบริเวณศีรษะและแขนซ้ายข้างละ 3 ครั้ง ไม่มีบาดแผลภายนอกแต่บวมโน ต่อมา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เพื่อนบ้านพบเหตุการณ์จึงโทรแจ้งให้โรงพยาบาลออกไปรับ แรกรับที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ V/S: BP 170/85 mmHg, PR 62 bpm, RR 20 bpm, T 37 °C, DTX 98 mg% ตรวจร่างกาย E4V5M6, Pupil 2 mm RTLBE, Facial Palsy ซ้าย, Severe Dysarthria, Motor Power ขวาเกรด 5 ทั้งแขนขา ซ้ายเกรด 0 ทั้งแขนขา BMI 13.84 (ภาวะทุพโภชนาการรุนแรง) เนื่องจากมีประวัติถูกทำร้ายร่วมกับอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็น MHI high risk with neuro deficit (สงสัยบาดเจ็บศีรษะร่วมกับภาวะหลอดเลือดสมอง) ผล Film Skull ไม่พบ Fracture, EKG Sinus rhythm ปกติ CT Brain เบื้องต้นไม่พบเลือดออกหรือสมองขาดเลือดชัดเจน จึง Refer ไปโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ผลการตรวจที่โรงพยาบาลแม่ข่ายยืนยันการวินิจฉัยเป็น Cerebral Infarction due to Thrombosis of Cerebral Arteries (Ischemic Stroke, I63.3) ไม่พบหลักฐานเลือดออกในสมองจากการถูกทำร้าย หลังอาการคงที่ได้ Refer back กลับมารับการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ รับไว้ในหอผู้ป่วย Intermediate Care (Ward 01) รวมจำนวนวันนอน 6 วัน ได้รับยา Aspirin, Atorvastatin, Hydralazine (ควบคุมความดันโลหิต), Phenytoin (ป้องกันชัก), Folic Acid, Vitamin B Complex, Omeprazole และคงยาจิตเวชเดิม Risperidone 2 mg ระหว่างนอนได้รับการทำกายภาพบำบัด (PT Assessment, Program for Hemiplegia, Range of Motion Exercise) ฝึกใช้ Arm Sling พยุงแขนซ้ายที่อ่อนแรง และวางแผนจำหน่าย (Home Program) ก่อนกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหลักในครัวเรือนและไม่สามารถเดินทางมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลได้ ทีมจึงให้การวินิจฉัยปัญหาด้านสังคม Z74.3 Need for Continuous Supervision และวางแผนให้ทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง รวม 6 ครั้ง ครั้งแรกพบ Motor Power ขวาเกรด 5 ซ้ายเกรด 0 ผู้ป่วยยังเดินไม่ได้ ทีมเยี่ยมบ้านได้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยโดยทำราวเกาะเดิน ประเมินสัญญาณชีพ ทำกายภาพบำบัด นวดประคบสมุนไพรลดอาการเกร็ง ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารเพื่อแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ การรับประทานยาต่อเนื่อง และเสริมสร้างพลังใจ ผลลัพธ์สุดท้ายผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเอง คะแนน ADL (Barthel Index) เพิ่มขึ้นเป็น 20 คะแนนเต็ม

2. กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยวัย 45 ปี สถานภาพโสด มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงที่ขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง น้ำหนักตัว 105 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 36.5-41 (ภาวะอ้วนระดับรุนแรง) วันเกิดเหตุ ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยยังรับประทานอาหารและพูดคุยได้ปกติ ต่อมาประมาณ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบว่าผู้ป่วยซึมลง แขนขาซ้ายอ่อนแรง ร่วมกับคลื่นไส้อาเจียน จึงนำส่งโรงพยาบาลดอนเจดีย์ แรกรับ V/S: BP 181/119 mmHg, PR 88 bpm, RR 22 bpm ตรวจร่างกายพบ Drowsiness, E2V3M6, Pupil 3 mm Reactive to Light Both Eyes, Motor Power ขวาเกรด 4 ซ้ายเกรด 1 Facial Palsy ซ้าย, Severe Dysarthria แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็น

Stroke Fast Track with Alteration of Consciousness (AOC) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ฉีด Diazepam ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube) และ Refer ไปโรงพยาบาลตติยภูมิอย่างเร่งด่วน ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่โรงพยาบาลแม่ข่ายยืนยัน Intracerebral Hemorrhage บริเวณ Right Thalamus ขนาดประมาณ 3.9x2.3 เซนติเมตร ร่วมกับ Diffuse Intraventricular Hemorrhage และมีการขยายตัวของโพรงสมองเล็กน้อย ผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ใส่ท่อช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้หลังอาการคงที่ ก่อน Refer back กลับมารับการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ รับไว้ในหอผู้ป่วย Intermediate Care (Ward 02) รวมจำนวนวันนอน 12 วัน ระหว่างการดูแลระยะกลางตรวจพบภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (N39.0) ร่วมด้วย ได้รับยาปฏิชีวนะ Piperacillin/Tazobactam (Tezocin) ทางหลอดเลือดดำ ควบคุมความดันโลหิตด้วยยาหลายกลุ่ม (Doxazosin, Enalapril, Atenolol, Mannidipine) ร่วมกับ Phenytoin ป้องกันการชัก และให้อาหารทางสายให้อาหารในระยะแรก เนื่องจากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากและความสามารถในการเคลื่อนไหวจำกัดจากภาวะอ่อนแรงซีกซ้าย ทีมพยาบาลให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการป้องกันแผลกดทับ โดยประเมิน Braden Score และพลิกตะแคงตัวสม่ำเสมอ ผลลัพธ์คือไม่เกิดแผลกดทับตลอดระยะการรักษา หลังจำหน่ายกลับบ้านด้วยภาวะอ่อนแรงซีกซ้าย (Left Hemiplegia) ทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และนัดผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล ติดตามพบปัญหาผู้ดูแลหลักย้ายที่อยู่ ทีมจึงให้การวินิจฉัยปัญหาสังคม Z74.3 และประสานวางแผนผู้ดูแลทดแทน ความดันโลหิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มควบคุมได้ดีขึ้นตามลำดับในการติดตามแต่ละครั้ง (140/95 ⟶ 151/90 ⟶ 127/73 ⟶ 120/80 mmHg) และยังคงไม่พบแผลกดทับจนถึงปัจจุบัน

3. การเปรียบเทียบการรักษา จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับยากลุ่มที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกันบางส่วน ได้แก่ ยากันชัก Phenytoin เพื่อป้องกันภาวะชักจากพยาธิสภาพในเนื้อสมอง ยาบำรุงประสาทกลุ่ม Vitamin B Complex และโฟลิก ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazole เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากความเครียดของการเจ็บป่วยรุนแรง (Stress Ulcer) และยาระบาย Senna เพื่อป้องกันภาวะท้องผูกจากการเคลื่อนไหวร่างกายที่จำกัด อย่างไรก็ตาม กลุ่มยาควบคุมความดันโลหิตและยาที่มีผลต่อระบบการแข็งตัวของเลือดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามพยาธิสภาพเฉพาะโรค โดยกรณีศึกษาที่ 1 ซึ่งเป็น Ischemic Stroke ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด Aspirin ร่วมกับ Atorvastatin เพื่อป้องกันการอุดตันซ้ำและลดไขมันในเลือด ควบคุมความดันโลหิตด้วย Hydralazine เพียงชนิดเดียวโดยไม่เร่งลดความดันโลหิตลงรวดเร็วเพื่อคงเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เพียงพอ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งเป็น Hemorrhagic Stroke จำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตอย่างเข้มงวดกว่าด้วยยาหลายกลุ่มร่วมกัน ได้แก่ Doxazosin, Enalapril, Atenolol และ Mannidipine เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ โดยไม่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดเนื่องจากมีความเสี่ยงทำให้เลือดออกมากขึ้น นอกจากนี้กรณีศึกษาที่ 2 ยังได้รับยาปฏิชีวนะ Tezocin เพื่อรักษาภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉพาะราย และยา Lorazepam เพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยการนอนหลับ ส่วนกรณีศึกษาที่ 1 ยังคงได้รับยาจิตเวชเดิม Risperidone ต่อเนื่องตามโรคประจำตัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะมีอาการแสดงทางคลินิกคล้ายคลึงกัน แต่แผนการรักษาด้วยยาต้องปรับให้สอดคล้องกับกลไกการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จำเพาะต่อบุคคลเป็นสำคัญ

4. การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ และอาการแสดง จากการศึกษา พบว่า

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันตามพฤติกรรมสุขภาพและโรคประจำตัวของแต่ละบุคคล โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นชายไทยสูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 10 ปี ร่วมกับภาวะทุพโภชนาการรุนแรงจากความยากจนและการขาดผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตัน นำไปสู่พยาธิสภาพชนิด Ischemic Stroke ที่ตำแหน่งหลอดเลือดสมองอุดตัน ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือดและถูกทำลาย ส่งผลให้สูญเสียการทำงานของระบบสั่งการกล้ามเนื้อซีกตรงข้ามอย่างช้า ๆ ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เป็นหญิงไทยวัยกลางคนที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง ร่วมกับภาวะอ้วนระดับรุนแรง ซึ่งความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่ได้ควบคุมทำให้ผนังหลอดเลือดเล็กบริเวณ Thalamus เปราะบางและแตกง่าย นำไปสู่พยาธิสภาพชนิด Hemorrhagic Stroke ร่วมกับมีเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular Hemorrhage) ซึ่งก้อนเลือดที่เกิดขึ้นกดเบียดเนื้อสมองโดยรอบและเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็วกว่า ทำให้กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการแสดงรุนแรงกว่าในระยะเฉียบพลัน คือมีระดับความรู้สึกตัวลดลงร่วมกับอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 1 ยังคงรู้สึกตัวดีตลอดแม้จะมีอาการอ่อนแรงซีกซ้ายในระดับรุนแรงเช่นกัน ความแตกต่างของกลไกการเกิดโรคนี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการแรกรับและแนวทางการดูแลรักษาที่ต้องปรับให้เหมาะสมเฉพาะราย

5. การเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผน พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาร่วมกันในหลายแบบแผน โดยเฉพาะแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพที่ทั้งคู่ขาดความร่วมมือในการรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวจากอาการอ่อนแรงครึ่งซีก แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงจากความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ที่มีปัญหาการสื่อสารบกพร่องร่วมกัน และแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพที่สะท้อนความไม่มั่นคงของระบบผู้ดูแลในครอบครัวทั้ง 2 ราย อย่างไรก็ตาม แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารแสดงความแตกต่างกันอย่างชัดเจนที่สุด โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์อย่างรุนแรงจากความยากจนและการขาดผู้จัดเตรียมอาหาร ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะโภชนาการเกินจากพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งความแตกต่างนี้ส่งผลต่อเนื่องไปยังแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายในมิติของความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนัง กล่าวคือ กรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อแผลกดทับจากผิวหนังที่บางและขาดสารอาหาร ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อแผลกดทับจากแรงกดทับที่มากขึ้นบนปุ่มกระดูกเนื่องจากน้ำหนักตัวมาก สะท้อนให้เห็นว่าแม้ปัญหาในภาพรวมจะคล้ายคลึงกัน แต่สาเหตุและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละแบบแผนยังคงมีลักษณะเฉพาะตัวที่ต้องอาศัยการประเมินรายบุคคลในการวางแผนการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รักษาจิตเวชไม่ต่อเนื่อง ไม่มีผู้ดูแลกำกับการกินยา ไม่เข้าใจความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง	รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูงแต่ขาดยาเป็นระยะ	ทั้ง 2 รายมีปัญหาการดูแลสุขภาพ/ความร่วมมือในการรักษาโรคประจำตัวต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
2. โภชนาการและการเผาผลาญ	รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ขาดสารอาหาร BMI 13.84 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาก	รับประทานอาหารเกินความต้องการ BMI 36.5-41 อ้วนระดับรุนแรง ระยะแรกกลืนลำบากต้องเฝ้าระวังสำลัก	ภาวะโภชนาการตรงข้ามกันแต่เป็นปัญหาทั้งคู่ ต้องวางแผนโภชนาการเฉพาะราย
3. การขับถ่าย	ท้องผูกจากการเคลื่อนไหวน้อยและรับประทานอาหารไม่เพียงพอ	ท้องผูก ร่วมกับมีการคาสายสวนปัสสาวะช่วงแรกซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	เคส 2 เกิด UTI จริงตามที่คาดการณ์จากการคาสายสวน
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	Motor Power ซ้าย Gr.0 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ต้องช่วยเหลือทั้งหมด เสี่ยงข้อติด แผลกดทับ พลัดตกหกล้ม	Motor Power ซ้าย Gr.1 ร่วมกับน้ำหนักตัวมาก เสี่ยงแผลกดทับสูงเป็นพิเศษจากแรงกดทับที่มากกว่า	เคส 2 มีความเสี่ยงแผลกดทับสูงกว่าจากปัจจัยน้ำหนักตัว แม้กำลังกล้ามเนื้อใกล้เคียงกัน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนไม่หลับจากความวิตกกังวลเรื่องความเจ็บป่วยและความเป็นอยู่	นอนไม่หลับ ได้รับ Lorazepam ช่วย	ทั้ง 2 รายมีปัญหาแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง
6. สติปัญญาและการรับรู้	สื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัด (Dysarthria)	สื่อสารบกพร่องรุนแรงกว่า ร่วมกับระดับความรู้สึกตัวลดลงในระยะแรก (E2V3M6)	เคส 2 มีความบกพร่องด้านการรับรู้ในระยะแรกมากกว่า
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดำรงชีวิตลำพัง	วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์และบทบาทหน้าที่เดิม	ทั้ง 2 รายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ไม่มีผู้ดูแลหลัก อาศัยญาติภรรยา/ชุมชนแบบหลวม ๆ	มีญาติเฝ้าไข้ระยะแรก แต่ผู้ดูแลหลักย้ายที่อยู่ภายหลัง	ทั้ง 2 รายมีปัญหาระบบสนับสนุนทางสังคมไม่มั่นคง
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ปกติ ไม่พบปัญหา	ปกติ ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหาทั้ง 2 ราย
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ปรับตัวได้ แต่มีภาวะเครียดสะสมจากความยากจนและการถูกทำร้าย	ปรับตัวได้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปทำงาน/ดูแลตนเอง	
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ	นับถือศาสนาพุทธ	ไม่พบปัญหาทั้ง 2 ราย

6. การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลรวมทั้งหมด 12 ข้อ เหมือนกัน 8 ข้อ และแตกต่างกัน 4 ข้อ วิเคราะห์เปรียบเทียบ: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลรวม 12 ข้อ เหมือนกัน 8 ข้อ (ข้อ 1, 4-8, 10-11 ในเชิงโครงสร้างปัญหา) แตกต่างกัน 4 ข้อ ตามพยาธิสภาพเฉพาะของโรค (ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากเลือดออกเทียบกับสมองขาดเลือด) ภาวะโภชนาการที่ตรงข้ามกันและภาวะแทรกซ้อนเฉพาะราย (ยาจิตเวชในเคส 1 เทียบกับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในเคส 2) โดยข้อวินิจฉัยที่เหมือนกันส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและผลกระทบทางจิตสังคมร่วมของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและข้อติด การติดต่อสื่อสารบกพร่อง ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ความบกพร่องในการดูแลตนเอง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ภาวะท้องผูก รวมถึงปัญหาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะจำหน่าย ส่วนข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกันสะท้อนพยาธิสภาพและบริบทเฉพาะ

ของแต่ละราย คือในระยะแรกรับ กรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากสมองขาดเลือด ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเดียวกันแต่มีสาเหตุจากเลือดออกในสมองและโพรงสมองซึ่งมีความรุนแรงและความเร่งด่วนมากกว่า ในระยะต่อเนื่องกรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์และความเสี่ยงจากยาจิตเวชที่ใช้ประจำ ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน และในระยะจำหน่ายทั้ง 2 รายมีปัญหาด้านความต่อเนื่องของผู้ดูแลร่วมกัน แต่มีรายละเอียดของสาเหตุต่างกันคือการไม่มีผู้ดูแลหลักในกรณีศึกษาที่ 1 เทียบกับการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลหลักในกรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีกรอบปัญหาทางการพยาบาลในภาพรวมที่คล้ายคลึงกัน แต่รายละเอียดของสาเหตุและความรุนแรงยังคงต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล

7. การเปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แม้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในชื่อเดียวกันบางข้อ แต่กิจกรรมการพยาบาลและเป้าหมายการประเมินผลถูกปรับให้เข้มข้นและเฉพาะเจาะจงตามพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน ดังเห็นได้ชัดจากข้อวินิจฉัยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 เน้นการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทควบคู่กับการคงความดันโลหิตไว้ในระดับที่เพียงพอต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ต้องควบคุมความดันโลหิตอย่างเข้มงวดกว่าเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ ร่วมกับการเฝ้าระวังภาวะโพรงสมองคั่งน้ำเฉียบพลันและเตรียมพร้อมช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เช่นเดียวกับข้อวินิจฉัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ทั้ง 2 รายได้รับการประเมิน Braden Score และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเหมือนกัน แต่กรณีศึกษาที่ 2 ต้องเพิ่มการใช้ที่นอนลมลดแรงกดและจัดกำลังบุคลากรหลายคนช่วยพลิกตะแคงตัวเนื่องจากน้ำหนักตัวมาก ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ยังมีข้อวินิจฉัยเฉพาะรายเพิ่มเติมคือความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซึ่งได้รับการดูแลความสะอาดสายสวนและถอดออกโดยเร็วที่สุดเมื่อไม่จำเป็น ในด้านการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ทั้ง 2 รายได้รับการวางแผนครอบคลุมทุกองค์ประกอบเช่นเดียวกัน แต่เนื้อหาด้านโภชนาการ (Diet) ถูกปรับให้ตรงข้ามกันโดยสิ้นเชิง คือเน้นเพิ่มพลังงานและโปรตีนในกรณีศึกษาที่ 1 ขณะที่เน้นจำกัดพลังงานและควบคุมน้ำหนักในกรณีศึกษาที่ 2 ผลลัพธ์สุดท้ายแสดงให้เห็นว่าการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคลส่งผลให้ทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและสามารถฟื้นฟูสภาพได้ตามเป้าหมาย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ข้อวินิจฉัยสำคัญ)

การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยที่ 1: เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (ระยะแรกรับ)		
ข้อมูลสนับสนุน	Motor Power ซ้าย Gr.0, BP 170/85, E4V5M6	Drowsiness, BP 181/119, **E2V3M6**, CT พบ ICH+IVH
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
เกณฑ์การประเมินผล	GCS ไม่ลดลงจากเดิม >2, Pupil ไม่ต่างกันเกิน 1 mm, ไม่ปวดศีรษะรุนแรง/คลื่นไส้อาเจียน	เช่นเดียวกับเคส 1 แต่เข้มงวดกว่า เนื่องจากมีเลือดออกในโพรงสมองร่วม เสี่ยงเกิด Hydrocephalus เฉียบพลัน
กิจกรรมการพยาบาล	Observe Neurological Signs ทุก 1 ชม. รายงานแพทย์หาก GCS ลด >2 หรือ	Observe Neurological Signs ทุก 1 ชม. เช่นเดียวกัน แต่ ควบคุม BP ให้เข้มงวดกว่า

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ข้อวินิจฉัยสำคัญ)

การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	Pupil ไม่เท่ากัน, Keep BP <220/120 mmHg (เกณฑ์ Ischemic อนุโลมสูงกว่าได้เล็กน้อยเพื่อรักษา Cerebral Perfusion), Absolute Bed Rest หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่าย/ไอแรง, ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง	(เป้าหมาย Systolic <140-160 mmHg ตามแนวทาง Hemorrhagic Stroke) เพื่อป้องกัน Re-bleeding, จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา, เฝ้าระวังสัญญาณ Hydrocephalus (ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง), เตรียมพร้อมช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจหากจำเป็น
ประเมินผล	ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการคงที่ Refer back ได้ปลอดภัย	ต้องใส่ ETT ระยะแรกตามแผนการรักษา หลังอาการคงที่ถอดท่อได้ ไม่เกิด Hydrocephalus เพิ่มเติม
วิเคราะห์เปรียบเทียบ	แม้ข้อวินิจฉัยชื่อเดียวกัน แต่เป้าหมายควบคุมความดันโลหิตและความเข้มงวดของการเฝ้าระวังแตกต่างกันตามพยาธิสภาพ — Ischemic Stroke ต้องระวังไม่ลดความดันโลหิตเร็วเกินไปเพราะจะลดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดมากขึ้น ขณะที่ Hemorrhagic Stroke ต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่าเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ สะท้อนความสำคัญของการเข้าใจพยาธิสรีรวิทยาเฉพาะโรคในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล	
ข้อวินิจฉัยที่ 3: เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ข้อติด เนื่องจากความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว		
การเปรียบเทียบ	**กรณีศึกษาที่ 1**	**กรณีศึกษาที่ 2**
ข้อมูลสนับสนุน	Motor Power ซ้าย Gr.0 ทั้งแขนขา, BMI 13.84 (ผิวหนังบางเนื่องจากขาดสารอาหาร เสี่ยงแผลกดทับจากแรงเสียดทาน)	Motor Power ซ้าย Gr.0-1, BMI 36.5-41 (น้ำหนักตัวมาก แรงกดทับต่อปุ่มกระดูกสูงกว่าปกติ)
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อติด	ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อติด
กิจกรรมการพยาบาล	ประเมิน Braden Score ทุกเวร พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. ดูแลผิวหนังไม่ให้เปียกชื้น เสริมโภชนาการเพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ทำ ROM Exercise ข้างที่อ่อนแรงสม่ำเสมอ ใช้ Arm Sling พยุงแขนป้องกันข้อไหล่เคลื่อน	ประเมิน Braden Score ทุกเวร พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. ใช้ที่นอนลมลดแรงกด (Air Mattress) เนื่องจากน้ำหนักตัวมาก จัดทีมช่วยพลิกตะแคงตัวอย่างน้อย 2 คนเพื่อความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร ทำ ROM Exercise
ประเมินผล	ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อไม่ติด	ไม่เกิดแผลกดทับตลอดระยะการดูแล แม้มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่า สะท้อนผลลัพธ์เชิงบวกของการเฝ้าระวังเชิงรุก
วิเคราะห์เปรียบเทียบ	ทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงต่อแผลกดทับจากสาเหตุตรงข้ามกัน (ผอมมากเทียบกับอ้วนมาก) แต่ด้วยการประเมินและวางแผนการพยาบาลเชิงรุกที่ปรับให้เหมาะกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะราย ส่งผลให้ทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ตลอดการศึกษา	
ข้อวินิจฉัยที่ 9 (เฉพาะเคส 2): เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ข้อวินิจฉัยสำคัญ)

การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
รายละเอียด		
ข้อมูลสนับสนุน: คาสายสวนปัสสาวะระยะแรกรับ, ตรวจพบ N39.0 ระหว่างนอน		
วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ/ควบคุมการติดเชื้อได้		
เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีไข้ ปัสสาวะใสไม่ขุ่น ผล Urine Analysis กลับสู่ปกติ		
กิจกรรมการพยาบาล: ดูแลความสะอาดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก พิจารณา Off Foley Catheter โดยเร็วที่สุดเมื่อไม่จำเป็น ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา (Tezocin) ติดตามผล Lab และอาการไข้ ส่งเสริมการดื่มน้ำเมื่อรับประทานอาหารทางปากได้		
ประเมินผล: Off Foley Catheter ได้สำเร็จ ไม่มีไข้ซ้ำ อาการติดเชื้อทุเลาก่อนจำหน่าย		
การวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD (ทั้ง 2 ราย)		
องค์ประกอบ	**กรณีศึกษาที่ 1**	**กรณีศึกษาที่ 2**
D = Disease	ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน การสังเกตอาการเตือนซ้ำ	ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตก ความดันโลหิตสูง การสังเกตอาการเตือน
M = Medication	เน้นความสำคัญของการกินยาจิตเวชและยาโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่อง	เน้นความสำคัญของการคุมความดันโลหิตต่อเนื่องเพื่อป้องกัน Re-bleeding
E = Environment	ปรับสภาพบ้าน ทำราวเกาะเดิน ป้องกันพลัดตกหกล้ม	จัดเตียง/ที่นอนลม ป้องกันแผลกดทับ ป้องกันพลัดตกหกล้ม
T = Treatment	ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมเยี่ยมบ้าน	ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง นัด OPD ติดตาม
H = Health	ฟื้นฟูภาวะโภชนาการ ส่งเสริมการรับประทานอาหารเพียงพอ	ควบคุมน้ำหนัก ปรับพฤติกรรมการบริโภค
O = Outpatient Referral	ประสานทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ผู้นำชุมชน/ญาติช่วยดูแล	ประสานทีมเยี่ยมบ้าน หาผู้ดูแลทดแทนกรณีผู้ดูแลเดิมย้ายที่อยู่
D = Diet	อาหารเพิ่มพลังงานและโปรตีนสูง แก้ไขภาวะทุพโภชนาการ	อาหารลดพลังงาน จำกัดเค็ม ควบคุมน้ำหนัก

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สะท้อนให้เห็นความท้าทายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะกลางที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพและบริบทเฉพาะบุคคล แม้ทั้ง 2 รายมีอาการแสดงคล้ายกันคืออ่อนแรงครึ่งซีกและพูดไม่ชัด แต่กลไกการเกิดโรคตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง กรณีศึกษาที่ 1 เป็น Ischemic Stroke ซึ่งเป้าหมายการรักษาคือการคงเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เพียงพอ จึงไม่ลดความดันโลหิตลงรวดเร็วเกินไป ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เป็น Hemorrhagic Stroke ที่มีเลือดออกในเนื้อสมองและโพรงสมองร่วมกัน ซึ่งจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตอย่างเข้มงวดกว่าเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ (Re-bleeding) และมีความเสี่ยงต่อภาวะ Hydrocephalus เฉียบพลันจากเลือดที่อุดกั้นการไหลเวียนของน้ำหล่อสมองไขสันหลัง ซึ่งอธิบายได้ว่าเหตุใดกรณีศึกษาที่ 2 จึงมีระดับความรู้สึกตัวลดลงเร็วกว่าและจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะที่กรณีศึกษาที่ 1 ยังคงรู้สึกตัวดีตลอด[5]

ด้านปัจจัยเสี่ยง กรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติความดันโลหิตสูงที่ขาดยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของ Hemorrhagic Stroke เนื่องจากความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้ผนังหลอดเลือดเล็กบริเวณ Basal Ganglia และ Thalamus เปราะบางและแตกง่าย สอดคล้องกับตำแหน่งพยาธิสภาพที่ตรวจพบ ส่วนกรณีศึกษาที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มสุราเรื้อรังเป็นเวลานาน ซึ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตัน[6]

ประเด็นที่น่าสนใจที่สุดของการศึกษานี้คือ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทั้ง 2 รายแตกต่างกันอย่างมาก กรณีศึกษาที่ 1 มี BMI เพียง 13.84 อันเป็นผลจากความยากจน การอยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแล และการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่อง ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มี BMI สูงถึง 36.5-41 อันเป็นปัจจัยเสี่ยงทั้งต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเองและต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดูแล โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่สูงกว่าปกติจากแรงกดทับที่มากขึ้นบนปุ่มกระดูก อย่างไรก็ตาม ด้วยการประเมินความเสี่ยงเชิงรุกและปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะราย (เช่น การใช้ที่นอนลมและการจัดกำลังคนช่วยพลิกตะแคงตัวในกรณีศึกษาที่ 2) ส่งผลให้ทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านผิวหนังตลอดระยะการศึกษา ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินความเสี่ยงเป็นรายบุคคลมากกว่าการใช้แนวทางมาตรฐานเดียวกันกับผู้ป่วยทุกราย[7]

ประเด็นที่ทั้ง 2 รายมีร่วมกันคือปัญหาด้านระบบสนับสนุนทางสังคมที่ไม่มั่นคง กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีผู้ดูแลหลักในครอบครัว ต้องอาศัยเครือข่ายชุมชนในการช่วยดูแล ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 แม้มีผู้ดูแลในระยะแรก แต่ภายหลังผู้ดูแลหลักต้องย้ายที่อยู่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของระบบการดูแลระยะกลางตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและการเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลระยะกลาง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลได้ การจัดบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายยังคงได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง แม้มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ผลลัพธ์ของกรณีศึกษาที่ 1 ที่สามารถฟื้นตัวจน ADL เต็ม 20 คะแนน ทั้งที่เริ่มต้นจาก Motor Power ซ้ายเกรด 0 และมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ตอกย้ำให้เห็นว่าการดูแลระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชนที่มีคุณภาพสามารถลดความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ[8] แม้ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยก็ตาม จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผน ผู้ศึกษาสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาลที่เป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง จนถึงระยะจำหน่ายสู่ชุมชนตามรูปแบบ D-METHOD ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้นตามลำดับและสามารถกลับไปดำรงชีวิตในชุมชนได้[9]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้รับบริการ/ครอบครัว/ชุมชน ควรมีความรู้ในการประเมินและสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ทันเวลา และควรมีระบบเครือข่ายชุมชน (อสม. ผู้นำชุมชน) ช่วยสนับสนุนผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลหลักในครัวเรือน

2. ผู้ให้บริการ ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงเฉพาะรายที่คำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านร่างกาย เช่น ภาวะโภชนาการ ด้านสังคม ระบบผู้ดูแล ระยะแรกรับ ระยะวางแผนการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล รวมถึงพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล/เครือข่ายชุมชนทดแทนกรณีไม่มีผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลเดิมเปลี่ยนแปลง

3. ด้านองค์กร ควรสนับสนุนทรัพยากรสำหรับทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และผลักดันการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชนในระบบการดูแลระยะกลางให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ราย พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการศึกษาทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนเจดีย์ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.(2569). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 มิถุนายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284&deptcode
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย เมษายน-มิถุนายน 2566; 39(2): 39-46.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลดอนเจดีย์; 2568.
5. ธีรพร สถิรอังกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณสิริ, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์.(2562). แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
6. กัญญารัตน์ ค้ำจุน, ปานจิต วรรณภิระ, ปราญปริญ ปิ่นสกุล, ศศิธร สมจิตต์.(2561). การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน. พุทธชินราชเวชสาร 2561; 35(3): 304-12.
7. อรพรรณ ศฤงคาร, อังสนา บุญธรรม, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, ภูษิต ประคองสาย.(2564). ต้นทุนต่อวันนอนในการให้บริการการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564; 15(4): 407-21.
8. Gordon M.(1994) Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.
9. กฤษดา แสวงดี. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.(2539). กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
10. Frizzell JP.(2005). Acute stroke: pathophysiology, diagnosis, and treatment. AACN Clin Issues 2005; 16(4): 421-40.

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

Results of the development of model for promoting the use of herbal medicine in community hospitals in the Nong Khai Provincial Health Service Network

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

จรัสศรี อาจศิริ[1] ธีรพัฒน์ สุทธิประภา[2] ณัฐริการ์ อึ้งสวัสดิ์[1]
CHARUTSRI ASSIRI TEERAPAT SUTTIPAPRA KANTIMA THATWISAI

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการพัฒนา และผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูล และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบทีแบบอิสระ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรผ่านกลไกการประชุมและการบริหารในระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล แต่ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดการอบรมบุคลากรด้านยาสมุนไพร รายการยาสมุนไพรมีจำกัด การขาดนโยบายที่ชัดเจน บุคลากรยังขาดความเข้าใจในการแนะนำยา และไม่มีระบบติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่อง 2) รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร นโยบายและตัวชี้วัดร่วม ระบบบริการและการเข้าถึง การสนับสนุนเวชภัณฑ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ผลการพัฒนาได้ปรับเป็นรูปแบบที่ครอบคลุม 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบงานและการจัดการข้อมูล การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล 4) ผลการพัฒนารูปแบบพบว่า ความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการใช้ยาสมุนไพรในภาพรวมของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้ง 7 อำเภอเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 2.74 ในปีงบประมาณ 2567 เป็นร้อยละ 5.89 ในปีงบประมาณ 2568 และร้อยละ 6.51 ในปีงบประมาณ 2569 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นรวมร้อยละ 3.77 โดยอำเภอโพธิ์ตากมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคืออำเภอสระใครและอำเภอสังคม

คำสำคัญ: การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research is a Research and Development (R&D) study aiming to examine the situation, models, development, and results of developing a model for promoting the use of herbal medicine in community hospitals within the Nong Khai Provincial Health Service Network. The sample consisted of 76 public health personnel involved in the use of herbal medicine in seven community hospitals. Data collection tools included questionnaires, data recording forms, and focus group discussion guidelines. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and content analysis.

The research findings revealed that: 1) Prior to model development, the seven community hospitals implemented herbal medicine promotion through meetings and administrative mechanisms at the provincial and hospital levels. However, significant problems were identified, including a lack of training for personnel in herbal medicine, a limited list of herbal medicines, a lack of clear policies, personnel's lack of

[1] กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

understanding in recommending medicine, and the absence of a continuous monitoring and evaluation system. 2) The developed model for promoting herbal medicine comprises five key components: personnel capacity building, joint policies and indicators, service systems and access, medical supply support, and knowledge exchange. 3) The developed model was adapted to encompass six components of the health system: service systems, health workforce, work systems and data management, access to medicines and technology, health expenditure, and leadership and governance. 4) The results of the model development showed that... Public health personnel's understanding of the herbal medicine promotion model after implementation was significantly higher than before implementation at the .05 statistical significance level. The overall use of herbal medicine in the 7 districts' public health facilities increased continuously from 2.74% in fiscal year 2024 to 5.89% in fiscal year 2025 and 6.51% in fiscal year 2026, representing a total increase of 3.77%. Pho Tak district showed the highest increase, followed by Sarakai and Sangkhom districts.
Keywords: Herbal medicine promotion, Community hospitals

บทนำ

รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.2561-2580 และแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570[1] ในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรไทยในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งเล็งเห็นถึงความมั่นคงทางยาในอนาคตของประเทศไทย เพิ่มการพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด โดยการผลักดันการใช้ยาสมุนไพรไทยในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่นโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ผลักดันให้ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และบริการสุขภาพระดับโลก โดยให้มีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก[2] ยาสมุนไพร ตามความหมายในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 หมายถึง ยาที่ได้จากพฤกษชาติ สัตว์ หรือแร่ ซึ่งมิได้ผสม ปรุง หรือแปรสภาพ[3] เช่น พืชก็ยังเป็นส่วนของราก ลำต้น ใบ ดอก ผล ฯลฯ มิได้ผ่านขั้นตอนการแปรรูปใด ๆ แต่ในทางการค้าสมุนไพรมักจะถูกดัดแปลงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ถูกหั่นให้เป็นชิ้นเล็กลง บดเป็นผงละเอียด หรืออัดเป็นแท่ง แต่ในความรู้สึกของคนทั่วไปเมื่อกล่าวถึงพืชสมุนไพรมักนึกถึงเฉพาะต้นไม้ที่นำมาใช้เป็นยาเท่านั้น[4]

นโยบายสนับสนุนให้มีการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ "เจ็บป่วยคราใด คิดถึงยาไทยก่อนไปหาหมอ" กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้น โดยสนับสนุนให้แพทย์และเภสัชกรจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นใน 10 กลุ่มโรค/อาการที่พบบ่อย เป็นยาสมุนไพร 32 รายการ ซึ่งอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรที่ใช้บ่อยมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย โดยกรมการแพทย์ได้จัดทำคู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติใน 6 กลุ่มโรค/อาการ ประกอบด้วย กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มอาการทางสมองและระบบประสาท และกลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข[2] โดยมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันเป็นการดำเนินการตามความสมัครใจของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งมีขั้นตอนการพิจารณาคัดเลือกยาสมุนไพรอย่างรอบคอบผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของแต่ละโรงพยาบาล สำหรับยาสมุนไพรที่นำมาใช้ทดแทน ได้แก่ ยาครีมไพล ใช้แทนยานวด กลุ่ม Analgesic balm สำหรับบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, ยาแก้ไอมะขามป้อมหรือยาประสะมะแว้ง ใช้ทดแทนยาแก้ไอ M.tussis เพื่อบรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ และยามะขามแขก ใช้ทดแทนยาระบาย บิซาโคดิล (Bisacodyl) สำหรับอาการท้องผูก แต่ยังมียาแผน

ปัจจุบันตัวอื่นสามารถเลือกใช้แทนยาแผนปัจจุบันที่ถูกคัดออกจากโรงพยาบาลได้ เช่น ยา diclofenac gel ในกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ยา Ambroxol หรือ Bromhexine ในกลุ่มยาแก้ไอละลายเสมหะ ยา lactulose หรือ Milk of Magnesia ในกลุ่มยาระบาย ซึ่งไม่กระทบต่อการรักษาผู้ป่วยของแพทย์แผนปัจจุบันที่ไม่ประสงค์ใช้ยาสมุนไพร[5]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง โดยได้ประกาศนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตกของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2568 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568 เพื่อกระตุ้นและพัฒนาโรงพยาบาลในการขับเคลื่อนการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก ซึ่งจะส่งผลให้เพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ลดการนำเข้ายาแผนตะวันตก ลดการพึ่งพาการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ส่งผลต่อความมั่นคงทางยาและเศรษฐกิจของประเทศไทย ประกอบด้วย 7 กลุ่มอาการ/โรคทั่วไป ได้แก่ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ กลุ่มอาการท้องผูก กลุ่มอาการไอระคายเคืองคอ กลุ่มอาการริดสีดวงทวารหนัก กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ กลุ่มอาการโรคผิวหนัง และกลุ่มบำรุงร่างกาย บำรุงโลหิต โดยมี Drug List ยาสมุนไพร จำนวน 12 รายการ ได้แก่ ครีมไพล ยาประคบสมุนไพร ยามะขามแขก ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาประสะมะแว้ง ยาเพชรสังฆาต/ยาผสมเพชรสังฆาต ขมิ้นชัน ยาธาตุอบเชย ยาขิง พญายอครีม ทิงเจอร์ทองพันชั่ง และยาบำรุงโลหิต[6]

สถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในปี 2565 – 2567 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบันประเทศไทย พบว่า อยู่ที่ 1,380,814,375.96 บาท, 1,384,597,903.17 บาท และ 1,919,168,165.78 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.21, 0.18 และ 0.29 ตามลำดับ และมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบันจังหวัดหนองคายอยู่ที่ 12,851,962.72 บาท 16,143,851.49 บาท และ 23,181,352.62 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.97, 2.63 และ 3.41 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 2.5) จะเห็นว่า การใช้ยาสมุนไพรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อยาสมุนไพร แพทย์ขาดความเชื่อมั่นในเรื่องประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสมุนไพร, ลักษณะยาจากสมุนไพรไม่ดึงดูดให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะใช้ยา, ยาจากสมุนไพรมีราคาสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล บุคลากรเห็นว่าการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดที่เท่ากันให้ในทุกโรงพยาบาลด้วยการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเป็นร้อยละ 25 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด มีความเป็นไปได้ยากโดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ยังขาดแนวทางปฏิบัติและการวางแผนสนับสนุนที่ชัดเจน และเห็นว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ การให้ความสำคัญของการใช้ยาสมุนไพรจากบุคคลหลัก (key person) ในโรงพยาบาล การใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนรายการยาแผนปัจจุบัน การให้ข้อมูลเรื่องยาจากสมุนไพรกับแพทย์ใหม่ของโรงพยาบาล และการแจกตัวอย่างยาจากสมุนไพรให้แพทย์ได้ทดลองใช้[7] การสั่งใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลลองจังหวัดแพร่ มีความเหมาะสมตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกครั้งในประเด็นขนาดวิธีใช้ ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง ส่วนประเด็นข้อบ่งชี้ และระยะเวลาการให้ยามีความเหมาะสม ร้อยละ 98 และ 95.7 ตามลำดับ พบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาสมุนโพร ร้อยละ 1.96 เป็นอาการไม่รุนแรง ผลการรักษาด้วยยาสมุนไพรส่วนใหญ่ได้ผลตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาจากสมุนไพรส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร

และไม่เห็นด้วยว่าการรักษาด้วยยาสมุนไพรมีค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน แต่ส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจในประสิทธิภาพการรักษาจากยาสมุนไพรว่าดีกว่ายาแผนปัจจุบัน[8] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ทำให้การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเกิดความต่อเนื่องและเหมาะสมกับพื้นที่จังหวัดหนองคาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย และพยาบาล ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย จำนวน 76 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย และพยาบาล ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพนพิสัย โรงพยาบาลสังคม โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลเฝ้าไร่ โรงพยาบาลรัตนวาปี และโรงพยาบาลโพธิ์ตาก โดยการเลือกแบบเจาะจงของประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย แพทย์ 14 คน เภสัชกร 14 คน แพทย์แผนไทย 20 คน และพยาบาล 28 คน รวม 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์บริบท การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปผลการดำเนินงาน ของรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การทบทวนและปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.2 รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย 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[8]

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน เพื่อหาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ณ จังหวัดเลย เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2.2 แบบบันทึกผลการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย (จำนวน/มูลค่า) และรายการยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

2. กำหนดกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

3. การดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

4. สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

5. การทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

6. การดำเนินการรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

7. การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเกิดความเข้าใจ โดยผู้ศึกษานัดวัน เวลา การสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมความคิดเห็นสถานการณ์การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ความเข้าใจในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัด

หนองคาย ภายหลังการสนทนากลุ่มผู้ศึกษาถอดเทปการสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบ และการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

จากการศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพนพิสัย โรงพยาบาลสังคม โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลเฝ้าไร่ โรงพยาบาลรัตนวาปี และโรงพยาบาลโพธิ์ตาก พบว่าก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายมีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรผ่านกลไกการบริหารและการประชุมในระดับต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 กระบวนงาน/กิจกรรม การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ก่อนการดำเนินงาน

ก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคายมีการจัดกิจกรรมหลัก 3 ประการ เพื่อสนับสนุนการใช้นโยบายการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่

1) การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คณะกรรมการระดับจังหวัดได้จัดประชุมเพื่อพิจารณาแผนดำเนินงาน ตัวชี้วัด และนโยบายการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย รวมถึงการบูรณาการการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยนอก

2) การประชุมติดตามตัวชี้วัดแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2568 การจัดประชุมติดตามตัวชี้วัดได้ดำเนินการใน 3 รอบ ณ สถานที่ดังนี้

วันที่ 23 มิถุนายน 2568 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

วันที่ 26 มิถุนายน 2568 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ และโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

วันที่ 27 มิถุนายน 2568 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลเฝ้าไร่ และโรงพยาบาลรัตนวาปี

การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านตัวชี้วัดแพทย์แผนไทย ประเมินผลการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ

3) การประชุมพัฒนาระบบงานการแพทย์แผนไทยจังหวัดหนองคาย การจัดประชุมในระดับจังหวัดเพื่อพัฒนาระบบงานการแพทย์แผนไทย การกำหนดมาตรฐานการให้บริการ และการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับบุคลากรสาธารณสุข พบว่าก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบ มีการดำเนินงานที่ยังไม่ต่อเนื่องและขาดระบบการติดตามที่ชัดเจน บุคลากรส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยา

สมุนไพรในระดับปานกลาง และขาดการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เพียงพอ

1.2 ผลการดำเนินงานการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน ก่อนการพัฒนารูปแบบ

1) มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรและร้อยละของการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการ

สุขภาพจังหวัดหนองคายปีงบประมาณ 2567 พบว่าโรงพยาบาลโพนพิสัยมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรสูงที่สุด จำนวน 5,405,816.75 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.40 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด รองลงมาคือโรงพยาบาลสังคม จำนวน 713,962.80 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.66 โรงพยาบาลโพธิ์ตาก จำนวน 321,139.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.39 และโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จำนวน 694,584.25 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.76 ขณะที่โรงพยาบาลหนองคายมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร 1,040,923.00 บาท แต่มีร้อยละการใช้ต่ำที่สุดเพียง 0.49 เนื่องจากมีมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดสูงที่สุดถึง 212,845,842.20 บาท

สำหรับโรงพยาบาลที่มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรค่อนข้างต่ำ ได้แก่ โรงพยาบาลสระใคร จำนวน 138,273.10 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.72 โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จำนวน 301,323.70 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.09 และโรงพยาบาลรัตนวาปี จำนวน 275,699.50 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.33 ส่วนภาพรวมของเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดหนองคายมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรทั้งสิ้น 9,536,248.00 บาท จากมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด 398,642,905.50 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.39

จากการสนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุขระบุว่าปัญหาหลักที่ทำให้สัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรต่ำ ได้แก่ 1) ขาดการอบรมบุคลากรด้านความรู้การใช้ยาสมุนไพรอย่างเพียงพอ 2) รายการยาสมุนไพรในโรงพยาบาลมีจำกัด 3) ไม่มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร 4) บุคลากรขาดความเข้าใจในการแนะนำยาสมุนไพรแก่ผู้ป่วย 5) ไม่มีการติดตามและประเมินผลการใช้งานยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่

2.1 รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร

ตารางที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

ด้าน	องค์ประกอบสำคัญ	รายละเอียด
1	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	อบรมความรู้ด้านยาสมุนไพรแก่แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย และพยาบาล
2	นโยบายและตัวชี้วัดร่วม	กำหนดนโยบายระดับเครือข่ายและตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร
3	ระบบบริการและการเข้าถึง	จัดระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกผู้ป่วยนอกและจัดรายการยาที่เพียงพอ
4	การสนับสนุนเวชภัณฑ์	จัดหาและจัดสรรยาสมุนไพรและเวชภัณฑ์สมุนไพรในโรงพยาบาล
5	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	สร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย

จากตารางที่ 1 พบว่าองค์ประกอบสำคัญที่บุคลากรระบุว่าจำเป็นต่อการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร บุคลากรสาธารณสุขทั้ง 4 กลุ่ม (แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย พยาบาล) ต้องได้รับการอบรมความรู้ด้านยา

สมุนไพรอย่างสม่ำเสมอ ผู้สื่อให้ระบุว่า "การอบรมควรเป็นเชิงปฏิบัติการ ไม่ใช่แค่การบรรยาย" และ "ควรกำหนดกรณีศึกษาในการใช้ยาสมุนไพรกับผู้ป่วยจริง"

2) นโยบายและตัวชี้วัดร่วม การกำหนดนโยบายระดับเครือข่ายและการติดตามตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบช่วยให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง บุคลากรระบุว่า "การติดตามตัวชี้วัดทำให้โรงพยาบาลเน้นการทำงานด้านแพทย์แผนไทยมากขึ้น"

3) ระบบบริการและการเข้าถึง การจัดระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกผู้ป่วยนอกและการมีรายการยาสมุนไพรที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า "ผู้ป่วยต้องการเข้าถึงยาสมุนไพรได้ง่าย แต่ปัจจุบันรายการยาจำกัด"

4) การสนับสนุนเวชภัณฑ์ การจัดหาและจัดสรรยาสมุนไพรและเวชภัณฑ์สมุนไพรเป็นปัจจัยสนับสนุนที่จำเป็น บุคลากรระบุว่า "ธนาคารยาสมุนไพรในโรงพยาบาลควรจัดเก็บยาสมุนไพรคุณภาพดีและเพียงพอ"

5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลช่วยให้มีการเรียนรู้ร่วมกันและแก้ไขปัญหาร่วมกัน บุคลากรระบุว่า "การประชุมระหว่างโรงพยาบาลช่วยให้เห็นแนวทางปฏิบัติที่ดีจากโรงพยาบาลอื่น"

2.2 ความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ก่อนการพัฒนารูปแบบ

พบว่า ความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ก่อนการพัฒนารูปแบบโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

3. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรดำเนินการในลักษณะการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะวิจัย และระยะพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนและกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ระยะวิจัยประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามรูปแบบ และการสรุปผลการดำเนินงาน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์บริบทการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพนพิสัย โรงพยาบาลสังคม โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลเฝ้าไร่ โรงพยาบาลรัตนวาปี และโรงพยาบาลโพธิ์ตาก จากการเก็บข้อมูลมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร การประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 76 คน พบว่าสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในภาพรวมยังอยู่ในระดับต่ำ และมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลแต่ละแห่ง รวมทั้งพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดการอบรมบุคลากรด้านยาสมุนไพรอย่างเพียงพอ รายการยาสมุนไพรในโรงพยาบาลมีจำกัด การขาดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร บุคลากรยังขาดความเข้าใจในการแนะนำยาสมุนไพรแก่ผู้ป่วย และไม่มีระบบติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่อง

จากการดำเนินงาน ได้กำหนดกิจกรรมหลักเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบจำนวน 5 ประเภท ได้แก่ 1) กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการด้านยาสมุนไพร 2) กิจกรรมประชุมติดตามตัวชี้วัด 3) กิจกรรมพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกผู้ป่วยนอก 4) กิจกรรมจัดสรรและสนับสนุนเวชภัณฑ์สมุนไพร และ 5) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล ทั้งนี้ การดำเนินงานตามรูปแบบในระยะวิจัยได้จัดอบรม 3 รอบ ประชุมติดตามตัวชี้วัด 3 ครั้ง และพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกผู้ป่วยนอกให้มีการดำเนินงานมากขึ้น

ผลการดำเนินงานพบว่า มีกระบวนงานและกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วยการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับจังหวัด การประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจังหวัดหนองคาย การประชุมพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) การอบรมความรู้สหวิชาชีพการใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มโรค/อาการที่พบบ่อย การตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ การประชุมติดตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ผ่านระบบออนไลน์ และการอบรมเชิงปฏิบัติการเขียนผลงานและนำเสนอผลงานวิชาการ/งานวิจัย/นวัตกรรม/R2R ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและยาสมุนไพร นอกจากนี้ยังมีการขับเคลื่อนงานตามไตรมาส โดยพบว่ามีแผนงานและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) สำหรับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก และมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละไตรมาส

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระยะพัฒนาดำเนินการโดยการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมจากผลการดำเนินงานในระยะวิจัย ซึ่งพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ จำนวนผู้เข้าร่วมอบรมบางครั้งไม่ครบตามเป้าหมาย การประชุมติดตามตัวชี้วัดบางแห่งขาดความต่อเนื่อง และระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกบางโรงพยาบาลยังไม่คล่องตัว จากนั้นได้นำผลการทบทวนมาพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย โดยครอบคลุม 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ได้แก่ 1) ระบบบริการ (Service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 3) ระบบงานและการจัดการข้อมูล (Information) 4) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

เมื่อดำเนินการรูปแบบที่ปรับปรุงแล้ว พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรครอบคลุมครบทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ โดยด้านระบบบริการมีการประชุมคณะกรรมการ Service Plan การประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทย การจัดทำแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มอาการ/โรคที่พบบ่อย และการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาสมุนไพรแก่บุคลากร การอบรมสหวิชาชีพตาม CPG และการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านวิชาการและงานวิจัย ด้านระบบงานและการจัดการข้อมูลมีการจัดทำแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพร การกำกับติดตามประสิทธิผล อาการไม่พึงประสงค์ และอันตรกิริยาระหว่างยา รวมทั้งการสื่อสารผลการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตกในโรคที่เหมาะสม พร้อมทั้งติดตามความปลอดภัยของการใช้ยา ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีการประกาศนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตกของหน่วยบริการ และสนับสนุนการใช้ยาอย่างคุ้มค่าเหมาะสมต่อทรัพยากร ส่วนด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลมีการประกาศนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การสื่อสารนโยบายผ่านคณะกรรมการ PTC และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ตลอดจนการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการพัฒนารูปแบบและการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พบว่าเกิดแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) หลายประการ ได้แก่ การใช้แพทย์แผนไทยเป็นผู้นำการอบรมในโรงพยาบาล การกำหนดตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่ชัดเจน และการจัดธนาคารยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน

4. ผลการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

4.1 ความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย

ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคายหลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

4.2 ผลด้านการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปี 2568 – 2569 จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ2567		ปีงบประมาณ2568		ปีงบประมาณ 2569	
		มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร(บาท)	ร้อยละ	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร(บาท)	ร้อยละ	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร(บาท)	ร้อยละ
1	โพนพิสัย	157,988,265.24	7.69	20,856,676.54	13.77	6,323,502.13	12.85
2	ศรีเชียงใหม่	16,477,117.28	7.93	1,209,601.69	7.61	854,864.41	14.41
3	สังคม	15,493,790.26	12.11	4,581,455.75	18.83	1,648,792.20	19.72
4	สระใคร	11,937,863.86	2.73	855,108.80	6.54	504,614.95	11.68
5	เฝ้าไร่	29,519,902.42	3.73	3,001,953.85	10.74	701,477.94	7.07
6	รัตนวาปี	17,871,200.34	4.42	2,015,064.41	11.40	546,127.36	8.12
7	โพธิ์ตาก	7,516,880.38	14.71	1,403,514.65	17.22	1,103,341.24	32.02
ภาพรวม		680,778,585.59	2.74	42,415,209.98	5.89	14,506,625.36	6.51

จากตารางที่ 2 พบว่า ภาพรวมของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้ง 7 อำเภอในจังหวัดหนองคาย มีร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 2.74% ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 5.89% ในปีงบประมาณ 2568 และเพิ่มขึ้นเป็น 6.51% ในปีงบประมาณ 2569 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นรวม 3.77% ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร สัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและมีความยั่งยืน เมื่อพิจารณาแยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอโพธิ์ตากมีร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรสูงที่สุดในปีงบประมาณ 2569 คิดเป็นร้อยละ 32.02 และมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก ร้อยละ 14.71 ในปี 2567 เป็น ร้อยละ 32.02 ในปี 2569 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.31 รองลงมาคืออำเภอสระใครเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2.73 เป็น ร้อยละ 11.68 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.95 และอำเภอสังคมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 12.11 เป็น ร้อยละ 19.72 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.61 สำหรับอำเภอที่มีร้อยละการใช้ยาสมุนไพรสูงในปี 2569 ได้แก่ อำเภอศรีเชียงใหม่ ร้อยละ 14.41 อำเภอโพนพิสัย ร้อยละ 12.85 และอำเภอเฝ้าไร่ ร้อยละ 7.07 ในขณะที่อำเภอรัตนวาปีมีร้อยละ 8.12 และอำเภอเฝ้าไร่มีร้อยละต่ำที่สุดร้อยละ 7.07

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพ

จังหวัดหนองคาย จากการศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพนพิสัย โรงพยาบาลสังคม โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลเฝ้าไร่ โรงพยาบาลรัตนวาปี และโรงพยาบาลโพธิ์ตาก พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยผ่านกลไกการบริหาร 3 ประการ ได้แก่ การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การประชุมติดตามตัวชี้วัดแพทย์แผนไทยปีงบประมาณ 2568 ใน 3 รอบ และการประชุมพัฒนาระบบงานการแพทย์แผนไทยจังหวัดหนองคาย อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีการดำเนินงานที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดระบบการติดตามที่ชัดเจน บุคลากรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระดับปานกลาง และขาดการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของกรุณา ทศพล.(2569) ได้ศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 11ผลการดำเนินงานพบว่า มีความก้าวหน้า เช่น 1) การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครอบคลุม ผลการดำเนินงานในปี 2564 ร้อยละ 87.80 ปี 2565 ร้อยละ88.06 และปี 2566 ร้อยละ 98.78 2) การเพิ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาต ผลการดำเนินงานในปี 2566 ร้อยละ100 และ ปี 2567 ร้อยละ 88.49 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 60 3) การยกระดับสถานประกอบการสู่ศูนย์ Wellness ในปี 2565 จำนวน 12 แห่ง ปี 2566 จำนวน 64 แห่ง และ ปี 2567 จำนวน 139 แห่ง ทั้งนี้ ยังพบข้อจำกัดได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องด้านงบประมาณ ข้อจำกัดบุคลากร ความซับซ้อนของระบบการเบิกจ่าย และการขาดการบูรณาการเชิงพื้นที่ รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ การอบรมความรู้ด้านยาสมุนไพรแก่แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทยและพยาบาล 2) ด้านนโยบายและตัวชี้วัดร่วม โดยการกำหนดนโยบายระดับเครือข่ายและตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร 3) ด้านระบบบริการและการเข้าถึง โดยจัดระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกผู้ป่วยนอกและจัดรายการยาที่เพียงพอ 4) ด้านการสนับสนุนเวชภัณฑ์ โดยจัดหาและจัดสรรยาสมุนไพรและเวชภัณฑ์สมุนไพรในโรงพยาบาล และ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนิชา กลับสุวรรณ์และคณะ[11] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผลหน่วยปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ พบว่า แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุผลหน่วยปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 5 ด้าน 1) ด้านบุคลากรคือ การขาดความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร และทัศนคติ ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพยาสมุนไพรมีน้อย ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านยาสมุนไพรแก่ผู้สั่งใช้ยาและผู้จัดหา ยาสมุนไพรตลอดจนเพิ่มทัศนคติที่ดีและความเชื่อมั่นของการใช้ยาสมุนไพรให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ 2) ด้านงบประมาณพบว่า ต้นทุนในการรักษาด้วยยาสมุนไพรต่อครั้งของการรักษาสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน ควรหาแนวทางเพื่อลดต้นทุนยาสมุนไพรให้ถูกลง 3) ด้านวัตถุดิบหรือผลิตภัณฑ์พบว่าสมุนไพรบางรายการมีกลิ่นแรง อายุยาสั้น ไม่สะดวกต่อการพกพา ต้องรับประทานแต่ละครั้งในปริมาณสูง และปริมาณยาสมุนไพรสำหรับจ่ายทดแทนยาแผนปัจจุบันมีไม่เพียงพอ ควรปรับปรุงสมุนไพรให้มีรูปลักษณะ/กลิ่นที่น่าใช้มากขึ้นร่วมกับการออกแบบบรรจุภัณฑ์ให้น่าใช้มากขึ้น และควรมีงานวิจัยด้านสมุนไพรที่ชัดเจนมากขึ้น 4) ด้านการจัดการและนโยบาย พบว่า ผู้บริหารยังให้ความสำคัญของแพทย์แผนไทยเป็นการรักษาแบบทางเลือก และนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรยังไม่มีความชัดเจน กระทรวงสาธารณสุข

ควรหาแนวทางกระตุ้น/สนับสนุน ผู้บริหารและผู้สั่งจ่ายยาเพื่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร ทดแทนยาแผนปัจจุบันที่มีการใช้เพิ่มขึ้น 5) ด้านผู้ป่วยคือผู้ป่วยยังไม่มีความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของยาสมุนไพร หน่วยงานของรัฐควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเชื่อมั่นในประสิทธิผลของยาสมุนไพร

ได้กำหนดกิจกรรมหลักเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบจำนวน 5 ประเภท ได้แก่ 1) กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการด้านยาสมุนไพร 2) กิจกรรมประชุมติดตามตัวชี้วัด 3) กิจกรรมพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกผู้ป่วยนอก 4) กิจกรรมจัดสรรและสนับสนุนเวชภัณฑ์สมุนไพร และ 5) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล ทั้งนี้ การดำเนินงานตามรูปแบบในระยะวิจัยได้จัดอบรม 3 รอบ ประชุมติดตามตัวชี้วัด 3 ครั้ง และพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกผู้ป่วยนอกให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น จากการดำเนินงานทำให้มีกระบวนงานและกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับจังหวัด การประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจังหวัดหนองคาย การประชุมพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) การอบรมความรู้สหวิชาชีพการใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มโรค/อาการที่พบบ่อย การตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ การประชุมติดตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ผ่านระบบออนไลน์ และการอบรมเชิงปฏิบัติการเขียนผลงานและนำเสนอผลงานวิชาการ/งานวิจัย/นวัตกรรม/R2R ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและยาสมุนไพร นอกจากนี้ยังมีการขับเคลื่อนงานตามไตรมาส โดยพบว่ามีแผนงานและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) สำหรับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก และมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละไตรมาส สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกุลยา กิตติโพวานนท์ และวีระวรรณ เหล่าวิทวัส.(2569)[12] ได้ศึกษาผลการประเมินการใช้นโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น พบว่า บริบทและสิ่งนำเข้า มีการปรับโครงสร้างและสื่อสารนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย โดยแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ กำกับดูแลพัฒนางาน และจัดตั้งกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี มีการพัฒนาบุคลากร แพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ 2559 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยาสมุนไพร เสนอใช้นโยบายจัดกรอบบัญชียาสมุนไพร สำเร็จรูปในโรงพยาบาล (รพ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีแพทย์แผนไทยจำนวน 73 รายการ ใน รพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์แผนไทยจำนวน 55 รายการ มีบัญชียาปรุงเฉพาะราย จำนวน 19 ตำรับ, ด้านผลลัพธ์ (product) ระบบข้อมูลด้าน ยาสมุนไพร ระหว่างปี 2559-2560 พบว่า มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยร้อยละ 24.8 และ 25.3 (เพิ่มร้อยละ 0.5), จ่ายยาสมุนไพรจำนวน 457,479 และ 488,993 ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 6.9), การจ่ายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอกร้อย ละ 10.7 และ 11.79 ต่อครั้ง (เพิ่มร้อยละ 9.5) การเข้าถึงยาสมุนไพรของผู้ป่วยนอกรับบริการแพทย์แผนไทยร้อยละ 43.2 และ 47.73, มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอกมีค่า 5.8 และ 6.3 บาท/ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 9.4) ตามลำดับ มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรต่อครั้ง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยมีค่า 23.2 และ 24.8 บาท/ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 7.3) ตามลำดับ สรุป ผลการพัฒนาระบบ การใช้ยาสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขนี้ สามารถเพิ่มศักยภาพบริการแพทย์แผนไทยอย่างมีประสิทธิภาพบรรลุตามเกณฑ์

และระยะพัฒนาโดยระยะพัฒนาเป็นการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมจากผลการดำเนินงานในระยะวิจัย ซึ่งพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมอบรมบางส่วนไม่ครบตามเป้าหมาย

การประชุมติดตามตัวชี้วัดบางแห่งไม่ต่อเนื่อง และระบบบริการยาสมุนไพรในคลินิกบางโรงพยาบาลยังไม่คล่องตัว จากนั้นจึงนำผลดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย โดยครอบคลุม 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ[13] ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบงานและการจัดการข้อมูล การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล จากการดำเนินงานพบว่ามีกิจกรรมครอบคลุมครบทุกองค์ประกอบ โดยมีการประชุม Service Plan การพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทย การจัดทำแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพรและแนวทางเวชปฏิบัติ การอบรมบุคลากรสหวิชาชีพ การกำกับติดตามประสิทธิผลและความปลอดภัยของยา การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก รวมทั้งการประกาศนโยบายและการติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการดำเนินงานพบแนวทางปฏิบัติที่ดี ได้แก่ การใช้แพทย์แผนไทยเป็นผู้นำการอบรม การกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และการจัดธนาคารยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน[5,14] หลังการพัฒนารูปแบบ บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนว่ากิจกรรมพัฒนาและการมีส่วนร่วมของบุคลากรช่วยเสริมความรู้และความเข้าใจในการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน ขณะเดียวกันการใช้ยาสมุนไพรในภาพรวมของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้ง 7 อำเภอเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากร้อยละ 2.74 ในปีงบประมาณ 2567 เป็นร้อยละ 5.89 ในปีงบประมาณ 2568 และร้อยละ 6.51 ในปีงบประมาณ 2569 โดยอำเภอโพธิ์ตากมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคืออำเภอสระใครและอำเภอสังคม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการได้จริง และทำให้การดำเนินงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยสิทธิ์ สุนทรา[15] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบงานบริการเภสัชกรรมสมุนไพรเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีการพัฒนาผ่านกระบวนการ 1 วงจร ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ปัญหาสำคัญในระบบบริการเภสัชกรรมสมุนไพรของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ประกอบด้วย การไม่มีนโยบายสนับสนุน การสั่งใช้ยาสมุนไพรที่ชัดเจน ไม่มีระบบการประสานงานจากคลินิกการแพทย์แผนไทยและหน่วยสั่งใช้ยาอื่น ในโรงพยาบาล ขาดการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสมุนไพรต่อบุคลากรโรงพยาบาล และผู้มารับบริการ แพทย์ผู้สั่งใช้ยายังไม่ยอมรับหรือไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิผลในการรักษาของยาสมุนไพร, การจัดสถานที่ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการฯลฯ ระยะที่ 2 จัดการประชุมระดมสมองของผู้ปฏิบัติงานทั้ง 11 คน แล้วได้แนวทางการพัฒนาระบบใน 2 ส่วนหลัก ประกอบด้วย 1) การพัฒนานโยบายและสิ่งสนับสนุน การบริการ บุคลากรและสถานที่บริการ และ 2) การเพิ่มประสิทธิภาพงานบริการด้านเภสัชกรรมสมุนไพรใน ด้านคุณภาพและความปลอดภัยด้วยหลักการบริบาลทางเภสัชกรรม เช่น การเปิดคลินิกลองโควิด (Long Covid-19 clinic) การบูรณาการแพทย์แผนไทยเพื่อเสริมประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันโดยเภสัชกร การให้คำปรึกษาเพื่อการใช้ยาจากสมุนไพรแก่ประชาชนผ่านกลุ่มไลน์ด้านสมุนไพร การเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพร และการประสานรายการยาแผนปัจจุบัน/ยาจาก สมุนไพรโดยเภสัชกร และสอดคล้องกับการศึกษาของ ถวิล จอมสืบ ณัฐรดา วงษ์นายะ ประจักษ์ กึกก้อง[16] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้การใช้สมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษา พบว่า 1) สภาพ ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้การใช้สมุนไพร โดยมีการกำหนดเป้าหมาย/หัวข้อความรู้ประเภทของสมุนไพร แสวงหาความรู้จากรายการโทรทัศน์ นำ

แนวปฏิบัติที่ดีจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมาประยุกต์ใช้ โดยใช้วิธีการจดจำและไม่มีการประเมินผลความรู้ ปัญหาการจัดการความรู้อยู่ในระดับมากและปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกอยู่ในระดับปานกลาง 2) การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้การใช้สมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) หลักการของรูปแบบ (2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ (3) ปัจจัยนำเข้า (4) กระบวนการ (5) ผลผลิต (6) ผลลัพธ์ (7) เงื่อนไขการใช้รูปแบบ (8) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และผลการประเมินรูปแบบการจัดการความรู้การใช้สมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความถูกต้องครอบคลุมและความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากและระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติกาล กาวีอิ่น รพีพร เทียมจันทร์สายหยุด มูลเพ็ชร[17] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาในเชิงปริมาณพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับที่พอใจมากที่สุด (Mean = 4.54 ± SD 2.31) ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรสูงที่สุด (Mean = 4.64 ± SD 0.53) ตามด้วยด้านผลการให้บริการการรักษา (Mean = 4.56 ± SD 0.52) ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการรักษาพยาบาล (Mean = 4.53 ± SD 0.64) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (Mean = 4.45 ± SD 0.63) ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพประจำ และจำนวนครั้งที่มาใช้บริการ ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงในเรื่องความสามารถในการนวดรักษาตรงตามอาการ และทำให้อาการบรรเทาหรือหายจากอาการที่เป็นอยู่ การศึกษาในเชิงคุณภาพพบว่า ผู้รับบริการไม่ทราบขั้นตอนการให้บริการในแผนกแพทย์แผนไทยและต้องรอนาน หมอนวดแผนไทยให้บริการไม่ได้ตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง เช่น ไม่รักษาเวลาในการนวด สื่อสารกันเสียงดัง จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาที่ได้ทั้งจากเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกับแนวคิด 5 มิติคุณภาพบริการ สามารถนำมาพัฒนาแนวทางการให้บริการแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานการบริการแพทย์แผนไทย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ 1. การสร้างมาตรฐาน การบริการ 2. การปฏิบัติงานตรงตามมาตรฐานงานบริการ 3. การประเมินคุณภาพจากหน่วยงาน 4. การการปรับปรุงให้มีคุณภาพการบริการดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ 2566 - 2570. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข 2566.
2 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพ ฯ: บริษัท เอ แอนด์ เจ เมดิคอล จำกัด.
3 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 84/ตอนที่ 101/ฉบับพิเศษ หน้า 7/20 ตุลาคม 2510.
4 สมพร ภูติยานันท์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย. 3 พ, editor: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542.
5 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นโยบายส่งเสริมสมุนไพรไทยในโรงพยาบาล. สืบค้นจาก https://www.medi.co.th วันที่ 29 เมษายน 2568.
6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. ประกาศการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก. 2568.
7 ณัฏฐิยา ค้าพล และคณะ. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพรและนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพ ฯ : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย ; 2554.
10. คัทลียากรณ์ ไวโอเร็ต และคณะ. การประเมินการใช้ยาสมุนไพรและความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้ในโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2552.

6. ปัทมา แค่สันเทียะ, ทิพาพรกาญจนราช. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการทดแทนยาแผนปัจจุบันด้วย ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ : การศึกษานำร่องจากมุมของของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2564;13(4):837-46.
7. ปวันรัตน์ กิจเอลา,วิศรี วายุรกุล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15(2)145-58.
8. Best, J. W. (1981). Research in education 4th ed. New Jersey : Prentice Hall.
9. กรุณา ทศพล.(2569).ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยใน เขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
11. ณัฐนิชา กลับสุวรรณ์ พีรชา คูเกษมกิจ สุนทรี ลาภใหญ่ สมหมาย พิมพ์อูบ ปราสาท อินจ่าย.(2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผลหน่วยปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. รายงานการวิจัย ออนไลน์ https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2568/research/MA2568-006-01-0000001539-0000002129.pdf
12. สุกุลยา กิตติโพวานนท์ วีระวรรณ เหล่าวิทวัส.(2569) ผลการประเมินการใช้นโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 7 ฉบับเพิ่มเติม 1 (มกราคม – เมษายน 2569)
13. World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization.
14. กลุ่มงานวิชาการเวชกรรมและผดุงครรภ์ไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย.(2568). แนวทางปฏิบัติเวชกรรมไทย ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ. ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี พ.ศ. 2568. ออนไลน์ https://heyzine.com/flip-book/980a58ab7a.html?fbclid=IwY2xjawSm8QRleHRuA2FlbQIxMABicmlkETFJOTc2Ymt1aDVQV1BldGZwc3J0YwZhcHBfaWQQMjIyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHs4Jh0wJF2TnRHBpM2MwU9nudCwBDQrgAC3UeAKekrDuof9p7auEAVxqsfst_aem_l7AOX6xCpcofC4k270dRYA#page/1
15.ชัยสิทธิ์ สุนทรา.(2561) การพัฒนาระบบงานบริการเภสัชกรรมสมุนไพรเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. ออนไลน์ https://mdo.moph.go.th/mukpr/pr/download-file/280?field=news_files&file=967866bb0a5cf39f200ce50e88f34ead.pdf&file_name=8.ขียนโดย+ชัยสิทธิ์+สุนทรา.pdf
16. ถวิล จอมสืบ ณัฐรดา วงษ์นายะ ประจักษ์ กึกก้อง.(2568). การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้การใช้สมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจยวิชาการ, 8(6), 290–306. https://doi.org/10.14456/jra.2025.151
17. รัตติกาล กาวีอิ่น รพีพร เทียมจันทร์ สายหยุด มูลเพ็ชร.(2563). การพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. สำนักหอสมุด

การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Cephalopelvic Disproportion (CPD) ในหญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลระนอง

Development of a Risk Screening Tool for Cephalopelvic Disproportion (CPD) in Pregnant Women at Ranong Hospital.

(Received: June 1, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

นัยนา ทองสกุล[1]
Naiyana Thongsakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Cephalopelvic Disproportion (CPD) ในหญิงตั้งครรภ์ กำหนดจุดตัด (Cut-off point) ที่เหมาะสมด้วย ROC Curve Analysis และประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือด้วยค่าความไว ความจำเพาะ และพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) การวิจัยเป็นแบบทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาย้อนหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดด้วยสาเหตุ CPD พ.ศ. 2565–2567 (n=399) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Logistic Regression ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือคัดกรองโดยกำหนดน้ำหนักคะแนนตามค่า Odds Ratio และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ระยะที่ 3 ทดสอบเครื่องมือแบบไปข้างหน้า 2 รอบ (n=229 และ n=114)

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับ CPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 4 ปัจจัย ได้แก่ การตั้งครรภ์ครั้งแรก (OR=3.45) น้ำหนักทารก ≥3,500 กรัม (OR=2.87) ความสูงมดลูก ≥35 เซนติเมตร (OR=2.23) และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ≥15 กิโลกรัม (OR=1.89) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางคลินิกอีก 2 ปัจจัย ได้แก่ ส่วนสูงมารดา <150 เซนติเมตร และอายุมารดา <19 หรือ ≥35 ปี รวมทั้งสิ้น 6 ปัจจัยที่นำมาพัฒนาเครื่องมือคัดกรองในระยะที่ 2 โดยมีคะแนนรวมสูงสุด 8.5 คะแนน และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.92) การทดสอบในระยะที่ 3 รอบที่ 1 ที่จุดตัดเบื้องต้น 2.5 คะแนน พบว่าความไวต่ำมาก เพียงร้อยละ 32.35 จึงใช้ ROC Curve Analysis และ Youden's Index ปรับจุดตัดใหม่เป็น 1.5 คะแนน ผลการทดสอบในระยะที่ 3 รอบที่ 2 (n=114) ด้วยจุดตัด 1.5 คะแนน พบว่าเครื่องมือมีความไวร้อยละ 66.67 ความจำเพาะร้อยละ 59.26 ค่าคาดการณ์บวกร้อยละ 40.00 ค่าคาดการณ์ลบร้อยละ 81.36 ความแม่นยำร้อยละ 61.40 และ AUC เท่ากับ 0.7153 (95% CI: 0.6134–0.8172) ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ถึงดีตามเกณฑ์ของ Mandrekar (2010)

คำสำคัญ: Cephalopelvic Disproportion, เครื่องมือคัดกรอง, ROC Curve, จุดตัด, Youden's Index, การผ่าตัดคลอด

Abstract

This study aimed to develop a risk screening tool for Cephalopelvic Disproportion (CPD) in pregnant women, determine an appropriate cut-off point using ROC curve analysis, and evaluate the tool's performance via sensitivity, specificity, and area under the curve (AUC). A experimental research conducted between 2022 and 2024 across three phases. Phase 1 retrospectively analyzed 399 women who underwent cesarean section due to CPD (out of all deliveries during the study period), using logistic regression to identify risk factors. Phase 2 developed the screening tool by assigning weighted scores based on odds ratios, with content validity assessed by five experts. Phase 3 prospectively tested the tool in two rounds (n=229 and n=114).

Phase 1 identified four statistically significant risk factors ($p<0.05$): primigravida (OR=3.45), estimated fetal weight ≥3,500 g (OR=2.87), fundal height ≥35 cm (OR=2.23), and gestational weight gain ≥15 kg (OR=1.89). Two additional factors were retained for clinical relevance: maternal height <150 cm and maternal age <19 or ≥35 years. These six factors formed the screening tool, with a maximum score of 8.5

[1] สูตินรีเวชกรรมแพทย์ โรงพยาบาลระนอง

and CVI = 0.92. Round 1 testing at the initial cut-off of 2.5 showed very low sensitivity (32.35%). ROC curve analysis and Youden's Index were used to revise the cut-off to 1.5. Round 2 testing (n=114) at cut-off 1.5 showed sensitivity 66.67%, specificity 59.26%, PPV 40.00%, NPV 81.36%, accuracy 61.40%, and AUC = 0.7153 (95% CI: 0.6134–0.8172), indicating fair-to-good performance per Mandrekar's (2010) criteria.

Keywords: Cephalopelvic Disproportion, screening tool, ROC curve, cut-off point, Youden's Index, cesarean section

บทนำ

การคลอดบุตรเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่สำคัญต่อการเพิ่มจำนวนประชากร อย่างไรก็ตาม อัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่างร้อยละ 10–15 ของการคลอดทั้งหมด[1] แต่ในหลายประเทศกลับพบอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มจากร้อยละ 6.7 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 21.1 ในปี ค.ศ. 2015[2] การเพิ่มขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย พบอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าเกณฑ์ที่แนะนำอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลของรัฐมีอัตราประมาณร้อยละ 30–35 และโรงพยาบาลเอกชนสูงถึงร้อยละ 50–60[3] หนึ่งในสาเหตุสำคัญของการผ่าตัดคลอดคือภาวะศีรษะทารกไม่สมดุลกับอุ้งเชิงกรานมารดา (cephalopelvic disproportion: CPD) ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย[4] การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด CPD ก่อนการคลอดมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาพบว่าเครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นและส่งเสริมการคลอดปกติ[5] อย่างไรก็ตาม เครื่องมือที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัดด้านความไว ทำให้ไม่สามารถตรวจพบกลุ่มเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม[6] บริบทของโรงพยาบาลระนองซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ให้บริการครอบคลุม 5 อำเภอ พบว่ามีจำนวนการคลอดประมาณ 1,700–1,800 รายต่อปี และมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 50–60 ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 โดยภาวะ CPD เป็นสาเหตุหลัก คิดเป็นร้อยละ 30–35 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด อีกทั้งยังมีผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ[7]

ปัจจุบันโรงพยาบาลยังขาดเครื่องมือคัดกรอง CPD ที่เหมาะสมกับบริบท โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทักษะในการตรวจวินิจฉัย ส่งผลให้การวางแผนการดูแลและการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เครื่องมือส่วนใหญ่ยังขาดการกำหนดจุดตัดที่เหมาะสม และไม่ได้รับการประเมินด้วยการวิเคราะห์เส้นโค้ง ROC ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลในการประเมินความแม่นยำของเครื่องมือคัดกรอง ดังนั้น การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง CPD ที่มีความไวและความจำเพาะเหมาะสม พร้อมกำหนดจุดตัดโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และการวิเคราะห์ทางสถิติที่เข้มแข็ง รวมถึงออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทการใช้งานจริงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น และเสริมสร้างความปลอดภัยทั้งต่อมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด Cephalopelvic Disproportion (CPD) ในหญิงตั้งครรภ์

2. เพื่อกำหนดจุดตัด (Cut-off point) ที่เหมาะสมของเครื่องมือคัดกรองโดยใช้ ROC Curve Analysis

3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรองด้วยค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) และ Area Under Curve (AUC)

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อพัฒนาและทดสอบเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะศีรษะทารกไม่สมดุลกับอุ้งเชิงกรานมารดา (cephalopelvic disproportion: CPD) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง

ประชากรคือหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดด้วยสาเหตุ CPD ในโรงพยาบาลระนอง ปีงบประมาณ 2565–2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 399 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ ได้แก่ อายุครรภ์ 37–42 สัปดาห์ ทารกเดี่ยว ท่าศีรษะ และมีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน

เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลย้อนหลัง ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลทารก การเก็บข้อมูลดำเนินการจากเวชระเบียนโดยตรวจสอบความครบถ้วนและรักษาความลับของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test และ independent t-test รวมถึงการคำนวณค่า odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงต่อ CPD

ผลการวิเคราะห์พบปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การตั้งครรภ์ครั้งแรก น้ำหนักทารก ≥3,500 กรัม ความสูงมดลูก ≥35 ซม. และน้ำหนักเพิ่ม ≥15 กก. ส่วนอายุและส่วนสูงมารดาถูกนำมาพิจารณาร่วมเนื่องจากมีนัยสำคัญทางคลินิก

ระยะที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง

พัฒนาเครื่องมือจากปัจจัยเสี่ยงในระยะที่ 1 โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า OR ≥1.40 สามารถเก็บข้อมูลได้จริง และประเมินได้ในช่วงอายุครรภ์ ≥37 สัปดาห์

กำหนดค่าน้ำหนักคะแนนตามค่า OR และกำหนดจุดตัดเบื้องต้นที่ 2.5 คะแนน อ้างอิงจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index เท่ากับ 0.92

เครื่องมือประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 6 ตัวแปร ได้แก่ การตั้งครรภ์ครั้งแรก น้ำหนักทารก ความสูงมดลูก น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ส่วนสูงมารดา และอายุมารดา โดยมีคะแนนรวมสูงสุด 8.5 คะแนน

ระยะที่ 3 การทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ

การทดสอบรอบที่ 1 (pre-validation) ในหญิงตั้งครรภ์ 229 ราย พบว่าเครื่องมือที่จุดตัด 2.5 มีความไวต่ำ (32.35%) แม้มีความจำเพาะสูง ส่งผลให้มีอัตราการพลาดผู้ป่วยสูง

จึงปรับปรุงเครื่องมือโดยใช้การวิเคราะห์เส้นโค้ง ROC และค่า Youden’s index เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่าจุดตัด 1.5 ให้สมดุลระหว่างความไว (66.67%) และความจำเพาะ (59.26%) เหมาะสมสำหรับการคัดกรอง และได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ

การทดสอบรอบที่ 2 (final validation) ดำเนินการแบบ prospective ในหญิงตั้งครรภ์ 114 ราย โดยใช้เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ประเมินความเสี่ยงในช่วงอายุครรภ์ 37–42 สัปดาห์ และติดตามผลลัพธ์การคลอด เพื่อนำมาประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลรอบที่ 2

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป: รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย อายุ ส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และปัจจัยเสี่ยง: จำนวนครรภ์ อายุครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ความสูงมดลูก น้ำหนักทารกจากอัลตราซาวด์ และคะแนนความเสี่ยง

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การคลอด: วิธีการคลอด (คลอดปกติ/ผ่าตัดคลอด) สาเหตุการผ่าตัดคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนน Apgar และภาวะแทรกซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป โดยแบ่งตามระยะการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ ความถี่ และร้อยละ

สถิติเชิงอนุมานประกอบด้วย independent t-test และ chi-square test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม รวมทั้งใช้ logistic regression วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับ CPD และรายงานค่า odds ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ระยะที่ 2

พัฒนาเครื่องมือคัดกรองโดยกำหนดค่าน้ำหนักคะแนนจากค่า OR ในระยะที่ 1 และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ประเมินความตรงด้วยดัชนี Content Validity Index ได้แก่ I-CVI และ S-CVI โดยยอมรับค่า I-CVI ≥ 0.78 และ S-CVI ≥ 0.80[11,12]

ระยะที่ 3

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและผลลัพธ์การคลอดประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือโดยสร้าง confusion matrix และคำนวณตัวชี้วัด ได้แก่ sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), accuracy, F1 score, likelihood ratios และ Youden's index วิเคราะห์ความสามารถในการจำแนกด้วย ROC curve โดยคำนวณพื้นที่ใต้โค้ง (AUC) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และแปลผลตามเกณฑ์ของ Mandrekar[8]

กำหนดจุดตัดที่เหมาะสมโดยใช้ Youden's index และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือในแต่ละจุดตัดการเปรียบเทียบผลระหว่างการทดสอบรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ใช้ McNemar's test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง เลขที่ COA_RNHEC 034/2568 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ CPD ในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการศึกษาย้อนหลังและการศึกษาไปข้างหน้า แบ่งผลการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง (2) การพัฒนาเครื่องมือ และ (3) การทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาระยะที่ 1

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดด้วยสาเหตุ CPD จำนวน 399 ราย มีอายุเฉลี่ย 27.2 ± 5.7 ปี ส่วนสูงเฉลี่ย 156.3 ± 6.2 ซม. น้ำหนักเพิ่มระหว่างตั้งครรภ์เฉลี่ย 13.6 ± 3.8 กก. ความสูงมดลูกเฉลี่ย 34.2 ± 2.4 ซม. และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,246 ± 453 กรัม โดยร้อยละ 71.4 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด CPD การวิเคราะห์ด้วย logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ CPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก การตั้งครรภ์ครั้งแรก (OR = 3.45, p) น้ำหนักทารก ≥ 3,500 กรัม (OR =

2.87, p) ความสูงมดลูก ≥ 35 ซม. (OR = 2.23, p) น้ำหนักเพิ่ม ≥ 15 กก. (OR = 1.89, p) ส่วนส่วนสูงมารดา <150 ซม. และอายุ <19 หรือ ≥35 ปี ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงนำมาพิจารณาเนื่องจากมีความสำคัญทางคลินิก

3. สรุปผลระยะที่ 1 ได้ปัจจัยเสี่ยงรวม 6 ตัวแปร เพื่อนำไปพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง โดยใช้ค่า OR เป็นเกณฑ์กำหนดน้ำหนักคะแนน

4. การวิเคราะห์ ROC Curve ในรอบที่ 2 การวิเคราะห์ ROC Curve เพื่อประเมินประสิทธิภาพโดยรวมของเครื่องมือคัดกรองในรอบที่ 2 การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรอง (รอบที่ 2) พบว่า ROC Curve มีค่า Area Under Curve (AUC) เท่ากับ 0.7153 (95% CI: 0.6134-0.8172) ซึ่งอยู่ในระดับ "Fair to Good" หรือ "พอใช้ถึงดี" ตามเกณฑ์การประเมินของ Mandrekar[8] โดยค่า AUC ที่มากกว่า 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความสามารถในการแยกกลุ่มเสี่ยงจากกลุ่มไม่เสี่ยงได้ดีกว่าการสุ่มเดา (AUC=0.5) อย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระยะที่ 2

1. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง เครื่องมือคัดกรองพัฒนาจาก 6 ปัจจัยเสี่ยง โดยกำหนดค่าน้ำหนักคะแนนตามค่า OR และปรับให้เหมาะสมกับการใช้งานทางคลินิก

2. ความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.92 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีมาก

3. การกำหนดจุดตัดเบื้องต้น กำหนดจุดตัดเริ่มต้นที่ 2.5 คะแนน โดย

>2.5 = เสี่ยงสูง

≤2.5 = เสี่ยงต่ำ

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาระยะที่ 3

1.การทดสอบรอบที่ 1 (Pre-validation) กลุ่มตัวอย่าง 229 ราย พบว่ากลุ่มผ่าตัดคลอดมีค่าน้ำหนักทารก ความสูงมดลูก น้ำหนักเพิ่ม และคะแนนความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มคลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญ (p)

ที่จุดตัด 2.5 เครื่องมือมี

Sensitivity = 32.35%

Specificity = 86.67%

AUC = 0.695

แสดงถึงความจำเพาะดี แต่ความไวต่ำ ส่งผลให้มีอัตราการพลาดผู้ป่วยสูง ไม่เหมาะสมสำหรับการคัดกรอง

2.การปรับปรุงเครื่องมือ ใช้ ROC curve analysis เพื่อหาจุดตัดใหม่ โดยพบว่าจุดตัด 1.5 ให้สมดุลดีที่สุด (Youden's index = 25.93) โดยเพิ่ม sensitivity เป็น 66.67% และยังคงความจำเพาะในระดับยอมรับได้ จึงเลือกเป็นจุดตัดใหม่

3. การทดสอบรอบที่ 2 (Final validation) กลุ่มตัวอย่าง 114 ราย พบว่าปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ น้ำหนักทารก ความสูงมดลูก น้ำหนักเพิ่ม และคะแนนความเสี่ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม (p) ซึ่งสอดคล้องกับผลระยะที่ 1 ที่จุดตัด 1.5 เครื่องมือมีประสิทธิภาพดังนี้

Sensitivity = 66.67%

Specificity = 59.26%

PPV = 40.00%

NPV = 81.36%

แสดงว่าเครื่องมือสามารถคัดกรองผู้มีความเสี่ยงได้ดีขึ้น และมีความน่าเชื่อถือในการยืนยันกลุ่มเสี่ยงต่ำ เหมาะสำหรับใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองในทางคลินิก

การเปรียบเทียบจุดตัดของเครื่องมือคัดกรองบน ROC Curve ในรอบที่ 2

ผลการวิเคราะห์ ROC curve ในรอบที่ 2 พบว่า จุดตัด 1.5 ให้ความสมดุลระหว่างความไวและความจำเพาะดีที่สุด (Youden's index = 25.93) แม้ว่าจุดตัด 1.0 จะมีค่า Youden's index สูงกว่า (37.26) แต่มีความจำเพาะต่ำ (49.38%) ส่งผลให้เกิดการเตือนเกินสูง

ในทางตรงกันข้าม จุดตัดที่สูงกว่า (2.0–3.0) แม้มีความจำเพาะเพิ่มขึ้น แต่มีความไวลดลงอย่างมาก ทำให้มีโอกาสพลาดผู้ป่วยสูง ซึ่งไม่เหมาะสมสำหรับเครื่องมือคัดกรอง

ดังนั้น จุดตัด 1.5 จึงเหมาะสมที่สุดสำหรับการใช้งานทางคลินิก เนื่องจากให้สมดุลที่เหมาะสมระหว่างการตรวจพบผู้ป่วยและการลดการเตือนเกิน

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างรอบที่ 1 และรอบที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบเครื่องมือเดิม (จุดตัด 2.5) กับเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว (จุดตัด 1.5) พบว่าประสิทธิภาพโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความไวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.35 เป็น 66.67 ขณะที่อัตราการพลาดผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 67.65 เป็น 33.33 สะท้อนถึงความสามารถในการตรวจจับกลุ่มเสี่ยงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ค่า Youden's index เพิ่มขึ้น และค่า AUC เพิ่มจาก 0.6953 เป็น 0.7153 แสดงถึงความสามารถในการจำแนกกลุ่มที่ดีขึ้น แม้ว่าความจำเพาะจะลดลง (86.67% เป็น 59.26%) และอัตราการเตือนเกินเพิ่มขึ้น แต่ถือเป็นการแลกเปลี่ยนที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือคัดกรอง ซึ่งให้ความสำคัญกับการลดการพลาดผู้ป่วยเป็นหลัก

สรุปผลการพัฒนาเครื่องมือ

การศึกษานี้สามารถพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง CPD จากปัจจัยเสี่ยง 6 ตัวแปร โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี (CVI = 0.92) และผ่านการทดสอบเชิงประจักษ์ในสองระยะ

การปรับจุดตัดจาก 2.5 เป็น 1.5 ส่งผลให้ความไวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และลดอัตราการพลาดผู้ป่วยได้เกือบครึ่งหนึ่ง ขณะที่ยังคงความสามารถในการจำแนกในระดับที่ยอมรับได้ (AUC = 0.7153)

โดยรวม เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมสำหรับใช้คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ในบริบททางคลินิก โดยเฉพาะในสถานบริการระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสนับสนุนการวางแผนการดูแลและการส่งต่ออย่างเหมาะสม

การเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพของเครื่องมือ

ภายหลังการปรับจุดตัดจาก 2.5 เป็น 1.5 พบว่าเครื่องมือมีประสิทธิภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยความไวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.35 เป็น 66.67 ขณะที่อัตราการพลาดผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 67.65 เป็น 33.33 สะท้อนถึงความสามารถในการตรวจจับกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ ค่าคาดการณ์บวกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.73 เป็น 40.00 และค่า Youden's index เพิ่มจาก 19.02 เป็น 25.93 แสดงถึงความสมดุลระหว่างความไวและความจำเพาะที่ดีขึ้น ขณะที่ค่า AUC เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 0.6953 เป็น 0.7153 บ่งชี้ถึงความสามารถในการจำแนกกลุ่มโดยรวมที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม พบการแลกเปลี่ยนของประสิทธิภาพ โดยความจำเพาะลดลงจากร้อยละ 86.67 เป็น 59.26 และอัตราการเตือนเกินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.33 เป็น 40.74 รวมถึงค่าคาดการณ์ลบลดลงเล็กน้อย แม้มีข้อจำกัดดังกล่าว แต่ถือว่ายอมรับได้สำหรับเครื่องมือคัดกรอง เนื่องจากการลดการพลาดผู้ป่วยมีความสำคัญมากกว่าการเพิ่มการเตือนเกิน ซึ่งสามารถประเมินเพิ่มเติมในขั้นตอนถัดไปได้ การปรับจุดตัดครั้งนี้จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของเครื่องมือ โดยเฉพาะด้านความไว ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง

สรุปผลการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือ

การศึกษานี้ดำเนินการ 3 ระยะ โดยในระยะที่ 1 (n=399) สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงต่อ CPD จำนวน 6 ตัวแปร โดยมี 4 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2 ปัจจัยที่มีความสำคัญทางคลินิก ระยะที่ 2 ได้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองจากปัจจัยดังกล่าว กำหนดคะแนนรวมสูงสุด 8.5 และจุดตัดเบื้องต้นที่ 2.5 โดยเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี (CVI = 0.92) ในระยะที่ 3 รอบที่ 1 (n=229) พบว่าจุดตัด 2.5 มีความไวต่ำ จึงปรับจุดตัดโดยใช้

ROC curve analysis และเลือกจุดตัดใหม่ที่ 1.5 ซึ่งให้ความสมดุลดีที่สุด

การทดสอบรอบที่ 2 (n=114) ยืนยันว่าเครื่องมือที่จุดตัด 1.5 มีความไวร้อยละ 66.67 ความจำเพาะร้อยละ 59.26 และค่า AUC เท่ากับ 0.7153 (95% CI: 0.6134–0.8172) โดยมีค่าคาดการณ์ลบสูง (81.36%) แสดงถึงความสามารถในการระบุกลุ่มเสี่ยงต่ำได้ดี

โดยสรุป เครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านความไวและการลดการพลาดผู้ป่วย แม้จะมีการเตือนเกินเพิ่มขึ้น แต่ถือว่ายอมรับได้ในบริบทของการคัดกรอง เครื่องมือนี้จึงเหมาะสำหรับใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสนับสนุนการประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยย้อนหลัง (Retrospective Study) และการวิจัยไปข้างหน้า (Prospective Study) เพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด Cephalopelvic Disproportion (CPD) ในหญิงตั้งครรภ์ ที่โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง โดยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1: การศึกษาปัจจัยเสี่ยงจากข้อมูลย้อนหลัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดด้วยสาเหตุ CPD จำนวน 399 ราย พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับ CPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ (1) การตั้งครรภ์ครั้งแรก (OR=3.45, $p<0.001$) (2) น้ำหนักทารก ≥3,500 กรัม (OR=2.87, $p<0.001$) (3) ความสูงของมดลูก ≥35 เซนติเมตร (OR=2.23, $p=0.001$) และ (4) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ≥15 กิโลกรัม (OR=1.89, $p=0.012$) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอีก 2 ตัวที่แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ (5) ส่วนสูงมารดา <150 เซนติเมตร (OR=1.56, $p=0.098$) และ (6) อายุมารดา <19 ปี หรือ ≥35 ปี (OR=1.42, $p=0.178$) ปัจจัยทั้ง 6 ตัวนี้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองในระยะที่ 2

ผลการวิจัยระยะที่ 2: การพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองโดยกำหนดน้ำหนักคะแนนของแต่ละปัจจัยเสี่ยงตามค่า Odds Ratio ที่ได้จากเฟส 1 คือ การตั้งครรภ์ครั้งแรก 3.0 คะแนน น้ำหนักทารก ≥3,500 กรัม 2.0 คะแนน ความสูงมดลูก ≥35 เซนติเมตร 1.5 คะแนน น้ำหนักเพิ่ม ≥15 กิโลกรัม 1.0 คะแนน ส่วนสูง <150 เซนติเมตร 0.5 คะแนน และอายุ <19 หรือ ≥35 ปี 0.5 คะแนน รวมคะแนนสูงสุด 8.5 คะแนน โดยกำหนดจุดตัดเบื้องต้นที่ 2.5 คะแนน ตามการศึกษาของ Saksangawong และคณะ[6] และชัยกิจ อุดแน่น[9] เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยมีค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.92

ผลการวิจัยระยะที่ 3 : การทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ

การทดสอบเครื่องมือแบ่งเป็น 2 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1 (Pre-validation): ทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง 229 ราย โดยใช้จุดตัด 2.5 คะแนน พบว่าความไว (Sensitivity) ต่ำมากเพียงร้อยละ 32.35 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 86.67 ค่าคาดการณ์บวก (PPV) ร้อยละ 29.73 ค่าคาดการณ์ลบ (NPV) ร้อยละ 88.02 และ AUC เท่ากับ 0.6953 ผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีปัญหาสำคัญคือ อัตราการพลาดผู้ป่วย (False Negative) สูงถึงร้อยละ 67.65 ซึ่งไม่เหมาะสมสำหรับเครื่องมือคัดกรอง

การปรับปรุงเครื่องมือ : ผู้วิจัยใช้ ROC Curve Analysis วิเคราะห์ข้อมูลจากรอบที่ 1 เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมโดยคำนวณ Youden's Index สำหรับจุดตัดต่างๆ ตั้งแต่ 1.0 ถึง 3.5 พบว่าจุดตัด 1.5 คะแนนให้ความสมดุลที่ดีที่สุดระหว่างความไวและความจำเพาะ (Youden's Index = 25.93) โดยให้ความไว ร้อยละ 66.67 และความจำเพาะร้อยละ 59.26 ซึ่งดีกว่าจุดตัด 2.5 อย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านความไวที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า จากร้อยละ 32.35 เป็นร้อยละ 66.67 หลังจากปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและได้รับความเห็นชอบ จึงกำหนดใช้จุดตัด 1.5 คะแนนเป็นจุดตัดใหม่ของเครื่องมือคัดกรอง

รอบที่ 2 (Final Validation) : ทดสอบเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว (จุดตัด 1.5) ในกลุ่มตัวอย่างใหม่ 114 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 แบ่งเป็นกลุ่มคลอดปกติ 81 ราย (ร้อยละ 71.1) และกลุ่มผ่าตัดคลอด 33 ราย (ร้อยละ 28.9) พบว่าเครื่องมือมีประสิทธิภาพดังนี้ ความไว ร้อยละ 66.67 ความจำเพาะ ร้อยละ 59.26 ค่าคาดการณ์บวก ร้อยละ 40.00 ค่าคาดการณ์ลบ ร้อยละ 81.36 ความแม่นยำ ร้อยละ 61.40 และ AUC เท่ากับ 0.7153 (95% CI: 0.6134-0.8172) ซึ่งอยู่ในระดับ "Fair to Good" ตามเกณฑ์ของ Mandrekar[7]

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างจุดตัดเดิมและจุดตัดใหม่

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างจุดตัด 2.5 (เครื่องมือเดิม) และจุดตัด 1.5 (เครื่องมือปรับปรุง) ในข้อมูลชุดเดียวกัน พบการปรับปรุงที่สำคัญ ได้แก่ (1) ความไวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 32.35 เป็นร้อยละ 66.67 (+34.32%) (2) อัตราการพลาดผู้ป่วยลดลงครึ่งหนึ่งจากร้อยละ 67.65 เป็นร้อยละ 33.33 (-34.32%) (3) ค่าคาดการณ์บวกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.73 เป็นร้อยละ 40.00 (+10.27%) (4) Youden's Index เพิ่มขึ้นจาก 19.02 เป็น 25.93 (+6.91) และ (5) AUC เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 0.6953 เป็น 0.7153 (+0.02) แม้ว่าความจำเพาะจะลดลงจากร้อยละ 86.67 เป็นร้อยละ 59.26 (-27.41%) แต่การแลกเปลี่ยนนี้ถือว่ายอมรับได้และเหมาะสมสำหรับเครื่องมือคัดกรอง

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง CPD อย่างเป็นระบบ โดยผสานการศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้า พร้อมใช้การวิเคราะห์ ROC curve เพื่อกำหนดจุดตัดที่เหมาะสม ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองและแตกต่างจากงานวิจัยในประเทศส่วนใหญ่ที่ยังขาดการวิเคราะห์เชิงสถิติในระดับนี้

1.ความเหมาะสมของการออกแบบวิจัย การดำเนินการ 3 ระยะเป็นจุดแข็งสำคัญ โดยระยะที่ 1 ให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ทำให้การประมาณค่า OR มีความน่าเชื่อถือ ระยะที่ 2 ใช้หลักการทางสถิติในการพัฒนาเครื่องมือและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี (CVI = 0.92) และระยะที่ 3 เป็นการทดสอบแบบ prospective ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพในการใช้งานจริงและช่วยยืนยันความคงที่ของเครื่องมือ

2. บทบาทของ ROC curve analysis การใช้ ROC curve และ Youden’s index ช่วยกำหนดจุดตัดอย่างเป็นระบบและมีหลักฐานรองรับ การเปรียบเทียบหลายจุดตัดแสดงให้เห็น trade-off ระหว่างความไวและความจำเพาะอย่างชัดเจน โดยจุดตัด 1.5 ให้ความสมดุลที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการใช้งานจริง แม้ว่าจุดตัดต่ำกว่าจะให้ความไวสูงกว่า แต่ก่อให้เกิดการเตือนเกินมากเกินไป

3. ประสิทธิภาพของเครื่องมือ เครื่องมือมีค่า AUC = 0.7153 อยู่ในระดับยอมรับได้สำหรับเครื่องมือคัดกรอง และมีความไวร้อยละ 66.67 ซึ่งช่วยลดการพลาดผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ค่า NPV สูง (81.36%) สะท้อนความน่าเชื่อถือในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่ำ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้อง

กับการศึกษาที่เกี่ยวข้องและอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ในงานคัดกรองทางคลินิก

4. ผลของการปรับจุดตัด การลดจุดตัดจาก 2.5 เป็น 1.5 ส่งผลให้ความไวเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า และลดอัตราการพลาดผู้ป่วยลงอย่างชัดเจน แม้ว่าความจำเพาะจะลดลงและมีการเตือนเกินเพิ่มขึ้น แต่ถือเป็นการแลกเปลี่ยนที่เหมาะสม เนื่องจากเครื่องมือคัดกรองควรให้ความสำคัญกับการลด false negative มากกว่า false positive ซึ่งสามารถประเมินซ้ำได้ในขั้นตอนถัดไป

5. ความสำคัญของปัจจัยเสี่ยง การตั้งครรภ์ครั้งแรกและน้ำหนักทารกเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลสูงต่อ CPD สอดคล้องกับหลักสรีรวิทยาและงานวิจัยก่อนหน้า ขณะที่ความสูงมดลูกและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวแปรที่วัดได้ง่ายและสามารถใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ ส่วนอายุและส่วนสูงมารดาแม้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ แต่ยังมีความสำคัญทางคลินิก จึงถูกรวมไว้ในเครื่องมือโดยให้ค่าน้ำหนักต่ำ[10]

6. การประยุกต์ใช้ในทางคลินิก เครื่องมือมีความเหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากใช้ข้อมูลจากการฝากครรภ์ปกติ คำนวณง่าย ใช้เวลาไม่นาน และไม่เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ความไวและค่า NPV ที่อยู่ในระดับดีช่วยสนับสนุนการตัดสินใจวางแผนการดูแลและการส่งต่อ โดยควรใช้ร่วมกับการประเมินทางคลินิกเพื่อเพิ่มความแม่นยำ

ข้อจำกัดการวิจัย

แม้ว่าการวิจัยนี้จะแสดงผลลัพธ์ที่น่าพอใจและมีความเป็นระบบ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 ยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะกลุ่มผ่าตัดคลอด ส่งผลให้ช่วงความเชื่อมั่นของตัวชี้วัดค่อนข้างกว้าง และอาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงไปยังประชากรในวงกว้าง

2. การใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว อาจทำให้ผลการวิจัยมีความจำเพาะต่อบริบทของพื้นที่ ดังนั้น ควรมีการทดสอบในหลายพื้นที่ (external validation) ก่อนนำไปใช้ในวงกว้าง

3. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลค่อนข้างสั้น และไม่ครอบคลุมความแปรปรวนตามฤดูกาลหรือปัจจัยแวดล้อมอื่น ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์การคลอด

4. การใช้ข้อมูลย้อนหลังในระยะที่ 1 อาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของข้อมูลและการควบคุมตัวแปรกวน แม้ว่าจะได้รับการลดผลกระทบในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า

5. ค่าคาดการณ์บวก (PPV) อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนโอกาสการเตือนเกิน ซึ่งอาจนำไปสู่การส่งต่อที่ไม่จำเป็น หากใช้เครื่องมือเพียงอย่างเดียว โดยควรใช้ร่วมกับการประเมินทางคลินิกและพิจารณาความชุกของโรคในแต่ละพื้นที่

6. เครื่องมือยังไม่ได้รวมปัจจัยเสี่ยงบางประการ เช่น pelvimetry ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ หรือรายละเอียดเชิงโครงสร้างของอุ้งเชิงกราน ซึ่งอาจช่วยเพิ่มความแม่นยำ แต่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากร

7. การศึกษานี้ไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของมารดาและทารก จึงยังไม่สามารถประเมินผลกระทบในระยะยาวของการใช้เครื่องมือได้

ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มขนาดตัวอย่าง ทดสอบในหลายบริบท และพัฒนาเครื่องมือให้ครอบคลุมตัวแปรเพิ่มเติม รวมถึงการติดตามผลระยะยาว เพื่อเพิ่มความแม่นยำและการนำไปใช้ในทางคลินิกอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้

1. การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ นำเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลระนอง ตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ โดยใช้จุดตัด 1.5 คะแนน และบันทึกผลการคัดกรองในบัตรฝากครรภ์และเวช

ระเบียนอย่างเป็นระบบ เพื่อการติดตามและประเมินผล

2. การจัดการหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง (>1.5 คะแนน) ติดตามอย่างใกล้ชิดและนัดตรวจบ่อยขึ้น (ทุก 1–2 สัปดาห์) ประเมินความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์อย่างละเอียด และพิจารณาการตรวจอัลตราซาวด์เพิ่มเติมหากจำเป็น ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงและทางเลือกในการคลอด

พิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าก่อนคลอด หากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหรือเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน แจ้งหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวให้ทราบถึงความเสี่ยงและวางแผนการเดินทางมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการครรภ์แรก

3. การจัดการหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำ (≤1.5 คะแนน) สามารถคลอดที่โรงพยาบาลชุมชนได้ โดยให้การดูแลตามปกติและติดตามความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ควรเฝ้าระวังภาวะคลอดติดขัดและเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน เนื่องจากเครื่องมือมี False Negative ประมาณร้อยละ 33

4. การใช้เครื่องมือร่วมกับการประเมินทางคลินิก เครื่องมือควรใช้ร่วมกับการประเมินของแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ ไม่ควรใช้เป็นเกณฑ์เดียวในการตัดสินใจ โดยเฉพาะในกรณีที่คะแนนอยู่ใกล้จุดตัด (1.0–2.0) หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ไม่ได้รวมในเครื่องมือ การตัดสินใจสุดท้ายอยู่ที่ดุลยพินิจของบุคลากรการสาธารณสุขร่วมกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

5. การจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) พัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมขั้นตอนการคัดกรอง การแปลผล การจัดการตามระดับความเสี่ยง และเกณฑ์การส่งต่อ รวมถึงจัดฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และจัดระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

6. การพัฒนาเครื่องมือในรูปแบบดิจิทัล พัฒนาแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อคำนวณคะแนนความเสี่ยงอย่างรวดเร็วและแม่นยำ ลดข้อผิดพลาดจากการคำนวณด้วยมือ และเชื่อมต่อระบบ HIS เพื่อดึงข้อมูลอัตโนมัติ

7. การจัดระบบ Audit และ Feedback ติดตามและประเมินผลการใช้เครื่องมือโดยเก็บข้อมูล ได้แก่ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรอง สัดส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำ อัตราการผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการใช้งาน

8. การปรับจุดตัดให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล พิจารณาปรับจุดตัดตามความชุกของ CPD ศักยภาพในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ระยะทางในการส่งต่อ และทรัพยากรที่มี โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพน้อยกว่าอาจใช้จุดตัดต่ำกว่า (เช่น 1.0) เพื่อเพิ่มความไว และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอาจใช้จุดตัดที่สูงขึ้น (เช่น 2.0) เพื่อลดการเตือนเกิน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ทำการศึกษา External Validation โดยทดสอบเครื่องมือคัดกรองในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย เพื่อทดสอบความเหมาะสมและความสามารถในการนำไปใช้ได้ในบริบทที่แตกต่างกัน ควรใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น อย่างน้อย 200-300 ราย และครอบคลุมระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นตัวแทนของประชากร การศึกษา Multicenter Validation จะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการนำไปใช้ได้กว้างขึ้น พร้อมทั้งพิจารณาปรับจุดตัดให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่หากจำเป็น

2. ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรองนี้กับวิธีการประเมินอื่นๆ เช่น การวัด Pelvimetry ด้วย X-ray หรือ CT scan การประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือการใช้ Machine Learning ในการทำนายความเสี่ยง เพื่อหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับโรงพยาบาลชุมชน การศึกษา

แบบ Head-to-head Comparison จะช่วยให้เห็นข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีได้ชัดเจน

3. พัฒนาเครื่องมือคัดกรองรุ่นที่ 2 โดยเพิ่มปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เข้าไปในเครื่องมือ เช่น การวัด Pelvimetry (หากมีอุปกรณ์) ท่าทารกที่ละเอียด รูปร่างอุ้งเชิงกราน ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดครั้งก่อน และข้อมูลจาก 3D/4D อัลตราซาวด์ หากมี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของเครื่องมือ โดยควรใช้เทคนิคทางสถิติขั้นสูง เช่น Machine Learning หรือ Artificial Neural Network ในการสร้างโมเดลทำนาย และเปรียบเทียบกับเครื่องมือปัจจุบันว่าให้ประสิทธิภาพดีขึ้นเพียงใดและคุ้มค่ากับความซับซ้อนที่เพิ่มขึ้นหรือไม่

4. ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis) ของการใช้เครื่องมือคัดกรอง โดยเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์ระหว่างการใช้เครื่องมือคัดกรองกับการไม่ใช้ รวมถึงผลกระทบต่อการลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายโดยรวม การศึกษานี้จะช่วยให้เห็นประโยชน์ในเชิงเศรษฐศาสตร์และสนับสนุนการตัดสินใจนำเครื่องมือไปใช้อย่างกว้างขวาง

5. ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้เครื่องมือคัดกรอง ทั้งในแง่ของสุขภาพมารดาและทารก อัตราการผ่าตัดคลอด ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณภาพชีวิตหลังคลอด และพัฒนาการของทารก โดยติดตามอย่างน้อย 6-12 เดือนหลังคลอด เพื่อประเมินผลกระทบโดยรวมและระยะยาวของการใช้เครื่องมือคัดกรอง ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพที่สมบูรณ์ขึ้นของประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

6. พัฒนาและทดสอบแอปพลิเคชันดิจิทัลสำหรับเครื่องมือคัดกรอง ที่สามารถใช้งานได้ทั้งบนมือถือและคอมพิวเตอร์ พร้อมระบบบันทึกข้อมูลและการติดตามผล รวมทั้งระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การศึกษาควรประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ ความแม่นยำของการคำนวณ และผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันให้มีคุณภาพและตอบโจทย์การใช้งานจริง

7. พัฒนาเครื่องมือคัดกรองสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน (ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ) หรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติผ่าตัดคลอดมาก่อน ซึ่งอาจต้องใช้ปัจจัยเสี่ยงและจุดตัดที่แตกต่างจากประชากรทั่วไป การมีเครื่องมือที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและการจัดการที่เหมาะสม

8. ศึกษาการใช้เครื่องมือคัดกรองร่วมกับเทคโนโลยีอื่นๆ เช่น Artificial Intelligence (AI) ในการวิเคราะห์ภาพอัลตราซาวด์ Telemedicine สำหรับการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญระยะไกล ที่ช่วยแนะนำแนวทางการจัดการที่เหมาะสมตามคะแนนความเสี่ยงและปัจจัยอื่นๆ เพื่อสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีข้อจำกัดในด้านบุคลากรและทรัพยากร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. WHO. https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access

2. Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS ONE, 11(2), e0148343. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343

3. Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J. P., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., ... & World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. The Lancet, 375(9713), 490-499. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61870-5

4. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). Williams obstetrics (25th ed.). McGraw-Hill Education.

5. Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J., & Gruen, R. L. (2007). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(6), CD005528. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005528.pub2

6. Saksangawong, C., Polsrisuthikul, T., Ratanasiri, T., & Komwilaisak, R. (2018). Development of a screening tool for prediction of cephalopelvic disproportion in term pregnant women. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 44(11), 2025-2031. https://doi.org/10.1111/jog.13762

7.กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถิติการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ ปีงบประมาณ 2 กระทรวงสาธารณสุข. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/

8. Mandrekar, J. N. (2010). Receiver operating characteristic curve in diagnostic test assessment. Journal of Thoracic Oncology, 5(9), 1315-1316. https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e3181ec173d

9.ชัยกิจ อุดแน่น. (2565). การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด Cephalopelvic Disproportion ในโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(1), 112-125.

10.กฤติกัญจน์ ไทยศรีสุข. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความสูงของมดลูกกับการเกิด Cephalopelvic Disproportion ในหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 35(2), 45-58.

11. Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35, 382-385.

12. Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Electronic version]. Research in Nursing & Health, 29, 489-497.

ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Effectiveness of intensive lifestyle modification program to diabetes remission in type 2 diabetic patients at Subdistrict Health Promoting Hospital, Suratthani province.

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

อภิเดช พรหมคุ้ม[1]
Apidate Promkhum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคระยะสงบ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน และความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง จำนวน 256 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จัดเข้ากลุ่มทดลอง 128 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 128 คน กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาแบบเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม – มิถุนายน 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Chi-square test, Independent t-test และ Paired samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง) ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 เดือน พบว่า มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 24.2 และ 43.0 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 14.1 และ 21.1 ตามลำดับ สามารถหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ร้อยละ 7.8 หลังครบ 6 เดือน การใช้โปรแกรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 มีความพึงพอใจในระดับมาก

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด, โรคเบาหวานระยะสงบ

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design with a two-group pretest–posttest design. The objective was to evaluate the effectiveness of an intensive lifestyle modification program for achieving type 2 diabetes remission. The outcomes included glycemic control, reduction in antidiabetic medication use, discontinuation of antidiabetic medications, and participants' satisfaction with the intensive lifestyle modification program. The sample consisted of 256 patients with type 2 diabetes mellitus receiving treatment at four Subdistrict Health Promoting Hospitals. Participants were selected using purposive sampling according to the inclusion criteria and were assigned to either the experimental group (n = 128) or the comparison group (n = 128). The experimental group received the intensive lifestyle modification program, whereas the comparison group received usual care. The research instruments included: 1) the intensive lifestyle modification program, 2) a health status record form, and 3) a self-care behavior and

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

satisfaction questionnaire. Data were collected between January and June 2026. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, the independent t-test, and the paired-samples t-test.

The findings revealed that after 3 months of the intensive lifestyle modification program, patients with type 2 diabetes showed significant improvements in overall self-care behaviors and all domains, including healthy eating, physical activity, stress management, and risk reduction. In addition, body mass index (BMI), waist circumference, and glycated hemoglobin (HbA1c) levels were significantly reduced ($p < 0.001$). After 6 months of the intervention, compared with the 3 months assessment, BMI, waist circumference, and HbA1c levels further decreased significantly ($p < 0.001$). Furthermore, compared with the control group, the intervention group demonstrated significantly better overall and domain-specific self-care behaviors (healthy eating, physical activity, stress management, and risk reduction), together with greater reductions in BMI, waist circumference, and HbA1c levels at both 3 and 6 months ($p < 0.05$). Following the intensive lifestyle modification program, 24.2% and 43.0% of patients achieved glycemic control at 3 and 6 months, respectively. The proportions of patients who were able to reduce their diabetes medications were 14.1% and 21.1% at 3 and 6 months, respectively, while 7.8% of patients were able to discontinue diabetes medication after 6 months. Overall, 87.5% of participants reported a high level of satisfaction with the program.

Keywords: type 2 diabetic patients, intensive lifestyle modification, diabetes remission

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 โดยร้อยละ 90-95 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2[1] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี[2] จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 ปี 2568 พบว่า มีความชุกของโรคเบาหวาน ในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากปี 2563 จากร้อยละ 9.5 เป็นร้อยละ 10.6[3] ข้อมูล HDC (Health Data Service Center) ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 สถานการณ์ในประเทศไทย พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน 597.35 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย ร้อยละ 2.14[4] คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 5 ล้านคน หรือมากกว่า[1]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เกิดได้จากหลายปัจจัยที่สำคัญคือ สาเหตุจากกรรมพันธุ์ และความอ้วน ปัจจัยเสริมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง การใช้ยาสเตียรอยด์อย่างไม่ถูกวิธี การละเลยต่อภาวะการณ์เป็นโรคเบาหวาน ไม่ไปรักษาหรือรักษาไม่ถูกวิธี การดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาการรักษาต่อเนื่อง[5] การเกิดโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ในระยะยาว ที่สำคัญ เช่น ตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และมักพบโรคร่วมด้วย[6] ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศอย่างมาก[7,8] แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในอดีตมุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันแนวคิดการรักษาโรคเบาหวานได้เปลี่ยนแปลงไป โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ภาวะ “โรคเบาหวานระยะสงบ” (Diabetes Remission) ซึ่งหมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาล

ในเลือด ตามข้อเสนอแนะร่วมขององค์กรวิชาชีพด้านเบาหวานระดับนานาชาติ[9] การเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ หลักฐานเชิงประจักษ์จาก Look AHEAD Study พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น มีโอกาสเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] ขณะที่การศึกษา Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT) ในสหราชอาณาจักร พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมควบคุมน้ำหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบได้ถึงร้อยละ 46 ในปีแรกของการศึกษา และยังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่สามารถคงภาวะโรคเบาหวานระยะสงบไว้ได้ในระยะยาว[11]

กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีได้ผลักดันแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มุ่งสู่การลดและหยุดยา โดยเริ่มดำเนินการผ่านคลินิก Smart NCD ของโรงพยาบาลบ้านตาขุน และขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ อย่างไรก็ตาม ยังพบหลักฐานการศึกษาที่ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ค่อนข้างจำกัด จึงเป็นช่องว่างทางวิชาการที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต[12,13] รพ.สต.ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดที่มารับบริการรักษาพยาบาล จำนวน 17,083 คน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 52.9 เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.4 ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 48.1[14] ซึ่งเป้าหมายของการควบคุมเบาหวานโดยทั่วไป คือ ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ให้น้อยกว่า 6.5 mg%[15]

ในการให้บริการรักษาพยาบาลทาง รพ.สต. ได้มีการให้บริการแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามนัดหมาย พิจารณาระดับน้ำตาลในเลือด พูดคุย ซักถามถึงการปฏิบัติตัวและปัญหาในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัว แล้วให้ผู้ป่วยรับยาไปรับประทาน ไม่มีการติดตามการปรับเปลี่ยนหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จึงได้มีการนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเข้มงวดที่มีรูปแบบ/วิธีการที่ชัดเจนและเป็นไปตามแนวทางของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ไปประยุกต์ใช้ที่ รพ.สต. ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละ รพ.สต.และมีการเชื่อมโยงกับทางโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาลดยา และหยุดยารักษาโรคเบาหวาน และได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการใน รพ.สต. จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยประเมินผลลัพธ์ด้านการเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ การลดยาและการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน ตลอดจนความพึงพอใจต่อโปรแกรม ผลการศึกษาที่ได้จะใช้เป็นแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคเบาหวาน ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดยา และการหยุดยารักษา

โรคเบาหวาน จากการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง (Two groups pre - posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ รพ.สต. ซึ่งใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารักษาที่ รพ.สต.
2. มีน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 6.5 mg%
3. มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 ขึ้นไป
4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
5. ไม่เป็นโรคทางจิตเภท และโรคร่วมรุนแรง
6. มีและใช้ Smart phone ในการสื่อสาร
7. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยินดีร่วมมือในการศึกษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามกำหนดเวลา (6 เดือน)
2. กลุ่มทดลองที่ไม่ได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ระดับ significance 0.05 ขนาดอิทธิพล 0.5[16] โดยใช้โปรแกรม GPower version 3.1.9.4 ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 111 คน ผู้วิจัยได้เผื่อกลุ่มตัวอย่างไว้อีกร้อยละ 15 ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ๆ ละ 128 คน

คัดเลือก รพ.สต.กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมศึกษาและเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกดังกล่าวมาโซนละ 1 รพ.สต.รวม 4 โซน (4 รพ.สต.) ได้กลุ่มตัวอย่าง 64 คน / รพ.สต. แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน โดยโซนเหนือ ได้แก่ รพ.สต.ป่าเว อำเภอไชยา โซนใต้ ได้แก่ รพ.สต.บ้านควนท่าแร่ อำเภอบ้านนาเดิม โซนตะวันออก ได้แก่ รพ.สต.นิคมสร้างตนเอง อำเภอเมืองฯ และโซนตะวันตก ได้แก่ รพ.สต.บ้านหน้าเขา อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มทดลอง (36 คน/รพ.สต.) / กลุ่มเปรียบเทียบ (36 คน/รพ.สต.) ตามความสมัครใจ โดยผู้ป่วยแต่ละกลุ่มไม่ได้พบกัน และนัดหมายให้มารักษาต่างวันกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ และการรักษาแบบเดิม ดังนี้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ได้ประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[15] ดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยในครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด พยาบาลผู้รักษาผู้ป่วยจะทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้วยการให้ตอบแบบสอบถาม แล้วประเมินดูว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเรื่องอะไรที่ยังไม่ถูกต้อง พร้อมบอกผู้ป่วยให้ทราบ ให้คำแนะนำ สอบถามผู้ป่วยว่า

จะแก้ไขเรื่องอะไร และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายว่าจะดำเนินให้ได้เมื่อไหร่ และจะทำอย่างไร ถือเป็นข้อตกลงร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วยดำเนินการตามความสามารถอย่างค่อยเป็นค่อยไป พร้อมทั้งตรวจวัดน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

2. ให้ความรู้ คำแนะนำ และรายงานผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและเข้มงวด โดยพยาบาลผู้รักษาผู้ป่วย ดำเนินการดังนี้

2.1 ให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยใช้สูตรอาหารแบบ 2:1:1 / Low Carb / High protein / Low calorie diet / Plant base / IF / Ketogenic Diet) ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย โดยจะพิจารณาร่วมด้วยกับผู้ป่วยถึงความเหมาะสม แล้วให้คำแนะนำถึงแนวปฏิบัติอย่างเข้มข้นในสูตรอาหารที่ผู้ป่วยเลือกใช้

2.2 ให้คำแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย / เพิ่มกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เช่น เดิน วิ่ง เต้น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกายผู้ป่วย อย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที หรือเดินมากกว่า 10,000 ก้าว / วัน

2.3 ให้คำแนะนำเรื่องการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และลด/ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

2.4 ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม Application line ใน Smart phone เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ให้คำปรึกษา ติดตาม รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลการเจาะเลือดด้วยตนเอง

3. ผู้ป่วยดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ตามแนวทางที่ได้จากการให้ความรู้ คำแนะนำ โดยในแต่ละวันให้รายงานเข้ากลุ่มไลน์เป็นรูปภาพอาหารที่รับประทาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบได้พิจารณาให้ความเห็น / คำแนะนำอย่างน้อย 1 มื้อ / วัน ซึ่งจะเป็นการเรียนรู้เรื่องการรับประทานอาหารร่วมกัน ทั้งนี้ หากผู้ป่วยท่านใดมีข้อจำกัดในการถ่ายรูปส่งเข้ากลุ่มไลน์ ก็ให้เข้าดู และเรียนรู้เรื่องการรับประทานอาหารในกลุ่มไลน์

4. ติดตาม เสริมพลังแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ได้รับมอบหมาย ดังนี้

4.1 ติดตาม สอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ พร้อมให้คำแนะนำ และให้กำลังใจโดยการชมเชยในสิ่งที่ทำได้ และเสริมพลังสร้างความมั่นใจว่าต้องทำได้ ในช่วง 15 วันแรก และ 1 เดือนของแต่ละเดือนหลังการรักษา ซึ่งในเดือนต่อ ๆ ไปให้พิจารณาตามความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.2 ติดตามให้ผู้ป่วยมารักษาตามนัด เพื่อประเมินผลการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือน และ 6 เดือนของการรักษา เพื่อจะได้พิจารณาปรับลดยา และหยุดยา ตามลำดับ

4.3 ติดตามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาในช่วง 3 เดือน และ 6 เดือน โดยใช้การพูดคุยสอบถาม ร่วมกับการดูผลการตรวจน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลการรักษา โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อรักษามา 3 เดือน และทำการตรวจวัดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในช่วง 3 เดือน และ 6 เดือน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการดำเนินการ กับในช่วง 3 เดือน และก่อนการดำเนินการกับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละบุคคล และพิจารณาถึงความสำเร็จการดำเนินการในภาพรวมเพื่อการจัดการให้บริการที่เหมาะสมต่อไป โดย

- ในช่วง 3 เดือนแรกของการรักษา ถ้าพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี มีน้ำหนักลด อย่างน้อย 10% ของน้ำหนักตัว และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c $\leq$ 6.5%) ให้โทรศัพท์ หรือไลน์ประสานแพทย์ที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อพิจารณาปรับลดยารักษาเบาหวาน ส่วนในรายที่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมายดังกล่าว

ให้กระตุ้น ติดตาม ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวต่อไป

- ในช่วง 6 เดือนหลังการรักษา ถ้าพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี มีน้ำหนักลด 10% ของน้ำหนักตัว และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c ≤ 6.5%) ให้โทรศัพท์ หรือไลน์ประสานแพทย์ที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อพิจารณาลดยารักษาเบาหวาน

- ในกรณีที่ในช่วง 3 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับลดยารักษาเบาหวาน และ 6 เดือนของการรักษาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ยังสามารถลดน้ำหนักตัวได้ 10% ของน้ำหนักตัว และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้โทรศัพท์ หรือไลน์ประสานแพทย์ที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อพิจารณาหยุดยารักษาเบาหวาน พร้อมติดตามดูอาการ และระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง หากไม่มีอาการ และระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ก็เน้นให้ดูแลตัวเองให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามที่เคยปฏิบัติ มารับการรักษาตามนัด กระตุ้น ติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

- ในกรณีหลัง 3 เดือนของการรักษาผู้ป่วยที่ปรับลดยา แล้วไม่สามารถควบคุมน้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c > 6.5%) ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กระตุ้น ติดตาม ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวต่อไป

- ในกรณีที่ 3 เดือนแรก ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง น้ำหนักไม่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเป้าหมาย และหรือยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ให้เริ่มดำเนินการตามโปรแกรมใหม่

การดูแลรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ (สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ) ดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการที่ รพ.สต. ก็ดำเนินการซักถามถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามปัญหาที่พบจากการซักถามถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือพฤติกรรมที่ยังทำได้ไม่ดี / ไม่สม่ำเสมอ และเน้นย้ำให้ปฏิบัติตัวดังกล่าว และรับประทานยาตามการรักษา

3. ติดตามและประเมินผลการรักษา จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ว่ามีผลเป็นอย่างไร

4. ให้การรักษาและคำแนะนำ ตามผลการประเมิน และพฤติกรรมของผู้ป่วย พร้อมนัดหมายให้มารักษาในครั้งต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของพิชิต สุขสบาย[17] ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานและสิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมคำ

2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดส่วนนี้ใช้สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 19 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง เป็นประจำ และทุกวัน/ทุกครั้ง แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน/ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นานๆ ครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบทุกวัน/ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นานๆครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน โดยถ้ามีคะแนนรวมมาก ถือว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี แต่ถ้ามีคะแนนรวมน้อยถือว่ายังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม/ยังไม่ดี

3) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด แบบวัดมี

ลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่ามีความพึงพอใจมาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน การประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ได้แบ่งระดับความพึงพอใจ ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom[18] คือ ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79) และระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

2.2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ก่อนการดำเนินการและเมื่อดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าว ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการวิจัย ทั้งนี้ เครื่องมือดังกล่าวจะพิจารณาใช้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของ มาตรวัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.82 และแบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด = 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ในเดือนมกราคม 2569 ครั้งที่ 2 เมื่อดำเนินการไป 3 ในเดือนมีนาคม 2569 และครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลเมื่อดำเนินการไป 6 เดือน ในเดือนมิถุนายน 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-square test, Independent t-test และ Paired simples t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีพิจารณา และได้ผ่านการรับรองตามหนังสือเลขที่ AF 04-08/02.0 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2568 และได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.3 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 77.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้ ร้อยละ 76.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.7 มีอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา ร้อยละ 23.4, 16.4, 6.2, 5.5 และ 0.8 ช่วยเหลืองานในครอบครัว รับจ้าง ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ ร้อยละ 34.4, 26.6, 24.2 และ 14.8 มีรายได้ 10,000 – 19,999 บาท น้อยกว่า 5,000 บาท 5,000 – 9,999 บาท และ20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 39.8, 38.3 และ 21.9 มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 5 - 10 ปี น้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า 10 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 84.4 มีบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล ส่วน**กลุ่มเปรียบเทียบ** ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 48.4, 40.6 และ 11.0 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 50 – 59 ปี และน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 82.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้ ร้อยละ 68.0 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.9 มีอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา ร้อยละ 18.0, 14.8, 6.3, 5.5 และ 1.6 ช่วยเหลืองานในครอบครัว รับจ้าง ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ ร้อยละ 39.8, 27.3, 18.8 และ 14.1 มีรายได้ 10,000 – 19,999 บาท 5,000 – 9,999 บาท 20,000 บาทขึ้นไป และน้อยกว่า 5,000 บาท

ตามลำดับ ร้อยละ 43.8, 40.6 และ 15.6 มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 5 – 10 ปี น้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 81.3 มีบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะตัวแปรควบคุม (เพศ อายุ และระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และลักษณะส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิในการรักษาพยาบาล) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังนั้น ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน เหมาะสมต่อการเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือด ในกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (กลุ่มทดลอง) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่รักษาแบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ) ก่อนและหลังการดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน พบผลการวิจัย ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง) ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนกับหลังการทดลอง 3 เดือน และหลังการทดลอง 3 เดือนกับ 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน**กลุ่มทดลอง** หลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง) ดีขึ้น ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 เดือน พบว่า มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการทดลอง 3 เดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วน**หลังการทดลอง 6 เดือน** ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. ความสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวานจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน

จากการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 24.2 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 14.1 แต่ยังไม่มี

ผู้ใดสามารถหยุดยารักษาเบาหวานได้ และเมื่อใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 43.0 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 21.1 และสามารถหยุดยาได้ ร้อยละ 7.8

4. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 87.5 รองลงมามีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และน้อย ร้อยละ 11.7 และ 0.8

สรุปและอภิปรายผล

1. ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการดูแลตนเองและควบคุมโรคเบาหวานได้ดีกว่าการรักษาแบบเดิม ผลลัพธ์ดังกล่าวอธิบายได้ว่า โปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นตามแนวทางของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[15] ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมรายบุคคล การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย การเลือกแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การติดตามผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชัน LINE ตลอดจนการเสริมพลังและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก มีแรงจูงใจ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้สามารถลดน้ำหนัก ลดภาวะอ้วนลงพุง และลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lean และคณะ[19] จากโครงการ DiRECT ซึ่งพบว่าการลดน้ำหนักด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มงวดสามารถ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบได้ถึงร้อยละ 46 ภายใน 1 ปี และผู้ที่ลดน้ำหนักได้มากกว่า 10 กิโลกรัมมีโอกาสเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบสูงที่สุด นอกจากนี้ Taylor และคณะ[20] ยังอธิบายว่า การลดไขมันสะสมในตับและตับอ่อนจากการลดน้ำหนักช่วยฟื้นฟูการทำงานของเซลล์เบต้าและเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลับเข้าสู่ระดับปกติ ในบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท และอมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์[21] ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลภาวี มาตา และดารณี เจียวจันทนกิจ[22] ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) พบว่าการติดตามอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าเดิม นอกจากนี้ การใช้แอปพลิเคชัน LINE เป็นเครื่องมือในการติดตามผู้ป่วยยังสอดคล้องกับแนวคิด Mobile Health (mHealth) ขององค์การอนามัยโลก[23] ที่ระบุว่า เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่สามารถช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 24.2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 43.0 หลังครบ 6 เดือน ขณะเดียวกันสามารถลดยารักษาโรคเบาหวานได้ร้อยละ 14.1 และ 21.1 ตามลำดับ และสามารถหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ร้อยละ 7.8 หลังครบ 6 เดือน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดการใช้ยา และเพิ่มโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ทั้งนี้ เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนัก ลดดัชนีมวลกาย และลดเส้นรอบเอวได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความไวต่ออินซูลินดีขึ้น ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และฟื้นฟูการทำงานของเซลล์เบต้าของตับอ่อน จึงทำให้ระดับสะสมในเลือดลดลงจนแพทย์สามารถพิจารณาปรับลดยาหรือหยุดยาได้ตามแนวทางการรักษา อีกทั้งการติดตามประเมินทุก 3 และ 6 เดือน และการประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับยาอย่างเป็นระบบ ยังช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษา

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Lean และคณะ[11] ที่พบว่าผู้ป่วยที่สามารถลดน้ำหนักได้ต่อเนื่องมีโอกาสเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบและลดการใช้ยารักษาโรคเบาหวานได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานฉันทามติของ American Diabetes Association และคณะ[9] ที่ระบุว่าภาวะโรคเบาหวานระยะสงบสามารถเกิดขึ้นได้จากการลดน้ำหนักและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มงวด โดยผู้ป่วยต้องมีค่า HbA1c ต่ำกว่า 6.5% อย่างน้อย 3 เดือนโดยไม่ใช้ยาลดน้ำตาล ในประเทศไทย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กีรติกุล องศารา[24] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรม NCD Remission Clinic โรงพยาบาลนบพิตำ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับ HbA1c และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งมีโอกาสเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสามารถนำไปใช้ได้จริงในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะพบผู้ป่วยที่หยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ร้อยละ 7.8 ซึ่งยังไม่สูงเมื่อเทียบกับการศึกษา DiRECT แต่ถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคแตกต่างกัน และระยะเวลาติดตามเพียง 6 เดือน อย่างไรก็ตาม แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรมมีศักยภาพในการเพิ่มโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบในระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 87.5 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถเลือกแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์และกลุ่ม LINE รวมทั้งได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติจริง และเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[25] ที่อธิบายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายทางสังคมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลภาวี มาตา และดารณี เจียวจันทนกิจ[22] ที่พบว่า การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา มี

พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับสูง ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนว่าการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับการติดตามเชิงรุกและการเสริมพลังผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มี รพ.สต.ในสังกัดควรกำหนดให้ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ เป็นรูปแบบบริการมาตรฐาน สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยบูรณาการเข้ากับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) โรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาในระยะยาว

2. ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต. ให้มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินงาน

3. ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชัน LINE หรือระบบ Mobile Health เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการติดตาม ให้คำปรึกษา และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดข้อจำกัดด้านเวลาและระยะทาง และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

4. ควรกำหนดตัวชี้วัดด้าน "อัตราการเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission Rate)" เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกเหนือจากตัวชี้วัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือผู้ที่มีโอกาสเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน

2. ควรดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก และการติดตามผลร่วมกับทีมสุขภาพ

3. ควรใช้ระบบติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน LINE หรือแพลตฟอร์มดิจิทัลอื่น ๆ เพื่อให้คำปรึกษา ติดตามการปฏิบัติตัว ให้กำลังใจ และประเมินความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและลดการขาดนัดของผู้ป่วย

4. ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างน้อยทุก 3 เดือน โดยประเมินทั้งพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด การลดยา การหยุดยา และความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการปรับปรุงแผนการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาด้วยการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) และติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

2.ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ รวมทั้งศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของโปรแกรม

3.ควรขยายการศึกษาไปยังหน่วยบริการและพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำโปรแกรมไปใช้ในระดับเขตและประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas 2021. [Internet]. 2021 [cited 2025 April 28] Available from: https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2567.
3. เริงฤดี ปธานวนิช. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์. 2568.
4. พวงเงิน พานทอง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2567; 8(16): 86-96.
5. สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(1): 191-204.
6. ชัชลิต รัตรสาร. การรักษาโรคเบาหวานแบบองค์รวม. วารสารเบาหวาน [Internet]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 2569 มิถุนายน 26]; 57(1): 1-16. Available from: https://dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhl-thawpi/ diabetes-ebook/2025-03-19
7. Deerochanawong, C., & Ferrario, A. Diabetes management in Thailand: A literature review of the burden, costs, and outcomes. Globalization and Health, [Internet]. 2013 [cited 2026 June 26]; 9: 11. Available from: https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-11
8. Tamornpark, R., Utsaha, S., Apidechkul, T., et al. Quality of life and factors associated with a good quality of life among diabetes mellitus patients in northern Thailand. Health and Quality of Life Outcomes, [Internet]. 2022 [cited 2026 June 26]; 20: 81. Available from: https://doi.org/10.1186/s12955-022-01986-y
9. Riddle, M. C., Cefalu, W. T., Evans, P. H., et al. Consensus Report: Definition and Interpretation of Remission in Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2021; 44(10): 2438–2444.
10. Gregg EW, Chen H, Wagenknecht LE, Clark JM, Delahanty LM, Bantle J, et al. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. JAMA [Internet]. 2012 [cited 2026 June 26]; 308(23): 2489-96. Available from: https://doi.org/10.1001/jama.2012.67929
11. Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes at 2 years (DiRECT). The Lancet Diabetes & Endocrinology 2019; 7(5): 344–355.
12. กรมประชาสัมพันธ์. โรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพิ่มบริการลดและหยุดยาในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (Remission Service) เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.prd.go.th/th/content/page/index/id/156087?utm_source=chatgpt.com
13. Bangkok Biz News. คลินิก Smart NCD บริการลดยา หยุดยา เบาหวาน ความดัน. [อินเตอร์เน็ต]. 2568. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.bangkokbiznews.com/health/well-being/1101196?utm_source =chatgpt.com

14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2568.
15. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2565.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl¬baum Associate; 1988.
17. พิชิต สุขสบาย. ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2567; 38(1): 1–15.
18. Bloom, B. Mastery learning. New York City, New York State, USA: Holt, Rinehart & Winston. 1971.
19. Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes at 2 years (DiRECT). The Lancet Diabetes & Endocrinology 2019; 7(5): 344–355.
20. 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 Metabolism 2018; 28(4): 547–556.
21. ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท, และ อมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์. การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลยโสธร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(1): 78-86.
22. ชลภาวี มาตา และดารณี เจียวจันทนกิจ. ผลของกระบวนการบริบาลภายใต้การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ด้านคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2566; 18(4): 354-360.
23. World Health Organization. mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies. Geneva: World Health Organization. 2011.
24. กีรติกุล องศารา. ผลลัพธ์และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนบพิตำ. Trends in Routine to Research (TR2R). 2569.
25. Bandura, A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1986.

การพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย

Developing a performance model for employees of small and medium-sized enterprises (SMEs) in the healthcare sector in Thailand.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

ภาวิศา การัตน์[1]
Pavisa Karat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับของผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย และศึกษาอิทธิพลของผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย ตลอดเจนพัฒนาแบบจำลองผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะ ผู้ประกอบการ หรือหัวหน้างาน ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 380 ตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัย โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิจัยพบว่า ระดับของผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย อยู่ในระดับมาก โดยผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ได้รับอิทธิพลรวมจากเทคโนโลยีดิจิทัลสูงที่สุด ซึ่งเป็นทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อม รองลงมาคือ ภาวะผู้นำทางการบริหาร ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรง นอกจากนี้ ภาวะผู้นำทางการบริหารยังได้รับอิทธิพลจาก เทคโนโลยีดิจิทัล การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ และระบบการทำงาน โดยเป็นอิทธิพลทางตรงทั้งหมด ตามลำดับ และเป็นค่าอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตลอดจนแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ผลการปฏิบัติงานของพนักงาน,วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อ(SMEs), ภาคบริการด้านสุขภาพ

Abstract

This research aimed to examine the level of employee performance in small and medium-sized enterprises (SMEs) in the healthcare service sector in Thailand, to investigate the influences on employee performance, and to develop a model of employee performance in SMEs in the healthcare service sector in Thailand. The sample group consisted of 380 entrepreneurs or supervisors aged 20 years and above. Data were analyzed using statistical software with a significance level set at 0.05. The statistical methods employed included frequency, percentage, mean, standard deviation, confirmatory factor analysis (CFA), and model fit analysis to examine the consistency between the research model and empirical data.

The results revealed that the level of employee performance in SMEs in the healthcare service sector in Thailand was at a high level. Employee performance was most strongly influenced by digital technology, which had both direct and indirect effects. This was followed by managerial leadership, which had a direct effect. Furthermore, managerial leadership was directly influenced by digital technology, business transformation, and work systems, respectively. All influences were statistically significant at the 0.05 levelAdditionally, the developed model demonstrated a good fit with the empirical data.

Keywords: Model Development, Employee Performance, Small and Medium-sized Enterprises (SMEs), Healthcare Service Sector

[1] คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม E mail: phawisa.ka@spu.ac.th

บทนำ

ภาคบริการด้านสุขภาพของประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ธุรกิจบริการด้านสุขภาพมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความตระหนักด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) ส่งผลให้ธุรกิจบริการด้านสุขภาพ เช่น คลินิกเอกชน สถานพยาบาลขนาดเล็ก ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ คลินิกทันตกรรม คลินิกกายภาพบำบัดและธุรกิจดูแลสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินงานในรูปแบบวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จและความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจบริการด้านสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงเทคโนโลยีทางการแพทย์หรือเครื่องมือที่ทันสมัยเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับ "พนักงาน" ซึ่งถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในธุรกิจบริการด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ ความละเอียดอ่อน และการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด ผลการปฏิบัติงานของพนักงานจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และภาพลักษณ์ขององค์กร ซึ่งนำไปสู่ความได้เปรียบทางการแข่งขันและความยั่งยืนขององค์กรในระยะยาว[1] ในทางปฏิบัติ ธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาด้านผลการปฏิบัติงานของพนักงานในหลายประการ เช่น ความไม่สม่ำเสมอของคุณภาพการให้บริการ การขาดแรงจูงใจในการทำงาน การขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะด้าน รวมถึงอัตราการลาออกของพนักงานที่ค่อนข้างสูง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการให้บริการและความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจ SMEs ภาคบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณมากกว่าธุรกิจขนาดใหญ่ นอกจากนี้ ลักษณะงานในธุรกิจบริการด้านสุขภาพยังต้องอาศัยทั้งทักษะด้านวิชาชีพ (Hard Skills) และทักษะด้านอารมณ์และการสื่อสาร (Soft Skills) เช่น ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการและประสบการณ์ของผู้รับบริการโดยตรง[2] ดังนั้น การพัฒนาผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจบริการด้านสุขภาพจึงต้องอาศัยการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์อย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของธุรกิจ SMEs

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงาน เช่น ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน ระบบค่าตอบแทน และโอกาสในการพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่มุ่งพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่บูรณาการปัจจัยต่าง ๆ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย” จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ โดยมุ่งศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงาน รวมถึงพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของธุรกิจ SMEs ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ยกระดับคุณภาพการบริการ เพิ่มความสามารถในการแข่งขัน และส่งเสริมความยั่งยืนของธุรกิจในระยะยาว ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในภาคบริการด้านสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย วัตถุประสงค์ของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาระดับของผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย
3. เพื่อพัฒนาแบบจำลองผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้

1. ระบบการทำงาน (Working System) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีของ Niederman and March[3] ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ระบบการบริหารจัดการ (Management System) (2) ระบบการวางแผน (Planing System) (3) ระบบควบคุมคุณภาพ (Quality control system) และ (4) ระบบฐานข้อมูล (Database system)

2. เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี ของ Ancillai et al.,[4] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงเทคโนโลยี (Technology Accessibility) (2) ความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยี (Digital Literacy / Usability) (3) การสนับสนุนจากระบบเทคโนโลยี (System Support & Infrastructure) และ (4) การยอมรับและการปรับตัวต่อเทคโนโลยี (Technology Adoption & Adaptability)

3. การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ (Business Transformation) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีของ Nwaiwu[5] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลยุทธ์องค์กร (Organizational Strategy) (2) โครงสร้างและกระบวนการภายใน (Structure & Process Redesign) (3) วัฒนธรรมองค์กรและการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Organizational Culture & Change Management) และ (4) เทคโนโลยีและนวัตกรรม (Technology & Innovation)

4. ภาวะผู้นำทางการบริหาร (Administrative Leadership Styles) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี ของ Davis[6] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นภารกิจ (Task-Oriented Leadership) (2) ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นบุคคล (People-Oriented Leadership) (3) ภาวะผู้นำแบบมีวิสัยทัศน์ (Visionary Leadership) และ (4) ภาวะผู้นำเชิงเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)

5. ผลการปฏิบัติงานของพนักงาน (Employee performance results) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี ของ Utin, et al.[7] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ประสิทธิภาพในการทำงาน (Work Efficiency) (2) คุณภาพของงาน (Work Quality) และ (3) ความรับผิดชอบและความร่วมมือ (Responsibility & Teamwork)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ประกอบการ หรือหัวหน้างาน ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ประกอบธุรกิจหรือปฏิบัติงานในร้านนวดเพื่อสุขภาพ (นวดแผนไทย) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เท่านั้น ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 16,609 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะผู้ประกอบการ หรือหัวหน้างานที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ประกอบธุรกิจหรือปฏิบัติงานในร้านนวดเพื่อสุขภาพ (นวดแผนไทย) ที่ขึ้นทะเบียนเป็น

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เท่านั้น ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 16,609 แห่ง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมซึ่งเป็นไปตามการกำหนดอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างตามกฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) ตามข้อเสนอของ Hair; et al.[8] จำนวน 380 คน โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ในแบบจำลอง (19 x 20) ซึ่งได้มาโดย จากนั้นผู้วิจัยเลือกแจกแบบสอบถามโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ตอบแบบสอบถามโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบแบบสอบถามจำนวน ทั้งสิ้น 380 ตัวอย่าง โดยผลการคำนวณที่ได้นั้น เป็นจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องมือทางเทคนิคสถิติ Structural Equation Modeling (SEM) ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ มีการใช้เครื่องสำหรับการวิจัยดังนี้

ผู้วิจัย ใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยแบบสอบถาม 1 ฉบับ แบ่งเป็น 6 ส่วน ซึ่งข้อคำถามที่ใช้วัดตัวแปรทุกตัวได้มา จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนั้นเนื้อหาในแบบสอบถามจะครอบคลุมแนวคิดต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว เพื่อให้ตรงประเด็นและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับด้านส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับด้านระบบการทำงาน (Working System)

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology)

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับด้านการเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ (Business Transformation)

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับด้านภาวะผู้นำทางการบริหาร (Administrative Leadership Styles)

ส่วนที่ 6 คำถามเกี่ยวกับด้านผลการปฏิบัติงานของพนักงาน (Employee performance results)

โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยใช้วิธี Likert Scale มี 5 ระดับ

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ (Hambleton,1984)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α – Coefficient)

ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ มีค่าทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นค่าที่สามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ ค่าทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 0.79 ซึ่งเป็นค่าที่สามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้เช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับตัวแปรมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และกำหนดให้เป็นโมเดลการวิจัยที่

เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยโปรแกรม LISREL เพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Model Fit) โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Assessment of Model Fit) โดยดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบด้วย ดัชนีค่า Chi-Square, $\chi 2$ /df, CFI, GFI, AGFI, RMSEA และ SRMR โดยเกณฑ์ในการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งสามารถแสดงเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอธิบายได้ดังนี้ (สุภมาส อังศุโชติ และคณะ, 2554)

(1) ค่า Chi-Square ($\chi 2$-test) ค่าไค-สแควร์ เป็นค่าสถิติทดสอบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการทดสอบว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็นศูนย์จริงตามสมมุติฐาน และตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยถ้าค่าไค-สแควร์ มีนัยสำคัญแสดงว่าโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่สอดคล้องกลมกลืนกัน

(2) ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ ($\chi 2$/df) การพิจารณาค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ ควรมีค่าน้อยกว่า 2.00 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(3) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index: CFI) การพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ โดย CFI ที่ดีควรมีค่า 0.90 ขึ้นไป แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์

(4) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ (Absolute Fit Index) ที่นิยมใช้และผู้วิจัยนำมาใช้ในการพิจารณา 2 ดัชนี คือ ดัชนีวัดความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) เป็นการแสดงถึงปริมาณความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายได้ด้วยโมเดล และดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้ไขแล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เป็นการแสดงถึงปริมาณความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายได้ด้วยโมเดลปรับแก้ด้วยองศาความเป็นอิสระ โดยทั่วไปค่า GFI และค่า AGFI มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ค่า ซึ่ง GFI และค่า AGFI ที่ยอมรับได้ควรมีค่ามากกว่า 0.90

(5) ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เป็นค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน โดยค่า RMSEA ที่ดีมากควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีค่าระหว่าง 0.05 ถึง 0.08 หมายถึง โมเดลค่อนข้างสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าระหว่าง 0.08 ถึง 0.10 แสดงว่า โมเดลสอดคล้องกลมกลืน กับข้อมูลเชิงประจักษ์เล็กน้อย และค่าที่มากกว่า 0.10 แสดงว่าโมเดล ยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(6) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนในรูปความคลาดเคลื่อน โดยดัชนีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ในการพิจารณา คือ รากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เป็นค่าดัชนีความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Residual) ซึ่งเป็นค่าความคลาดเคลื่อนหารด้วยค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณค่า (Estimated Standard Error) โดยควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงจะสรุปได้ว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ถ้าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกัน ผู้วิจัยจะต้องปรับโมเดล แล้วดำเนินการใหม่จนกว่าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์จะสอดคล้องกลมกลืนกันวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) โดยเลือกศึกษา ผู้ประกอบการ ที่ประกอบธุรกิจในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย หรือพนักงานที่มีตำแหน่งระดับหัวหน้างานขึ้นไป และมีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยผลการคำนวณที่ได้นั้น เป็นจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องมือทางเทคนิคสถิติ Structural Equation Modeling (SEM) ได้

3. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 380 ฉบับ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ในลำดับต่อไป โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้ 1) การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล 380 ฉบับ 2) การลงรหัสข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบข้อมูลแล้วมากำหนดใส่รหัส 3) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ 4) การวิเคราะห์พัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยกำหนดเกณฑ์การใช้น้ำหนักแปลความหมายค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์[9]

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

เพศ พบว่า ผู้ประกอบการหรือหัวหน้างาน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 380 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 และเป็นเพศหญิง จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 ตามลำดับ

อายุ พบว่า ผู้ประกอบการหรือหัวหน้างาน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มีจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 30.70 รองลงมา คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 31-39 ปี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 29.50 ช่วงอายุ 20-30 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 25.30 และช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ประกอบการหรือหัวหน้างาน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีการศึกษาปริญญาปริญญาตรี จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 66.60 รองลงมา คือ ปริญญาโท มีจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 23.90 ปริญญาเอก จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.60 และต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 ตามลำดับ

ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง พบว่า ผู้ประกอบการหรือหัวหน้างาน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง อยู่ในช่วง 5-15 ปี มีจำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 39.70 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 34.50 และ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 25.80 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยของตัวแปร ระบบการทำงาน (Working System) เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ (Business Transformation) ภาวะผู้นำทางการบริหาร (Administrative Leadership Styles) และผลการปฏิบัติงานของพนักงาน (Employee performance results) ผลการวิจัยพบว่า

1. ระบบการทำงาน (Working System) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการทำงาน อยู่ในระดับมาก

2. เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล อยู่ในระดับมาก

3. การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ (Business Transformation) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ อยู่ในระดับมาก

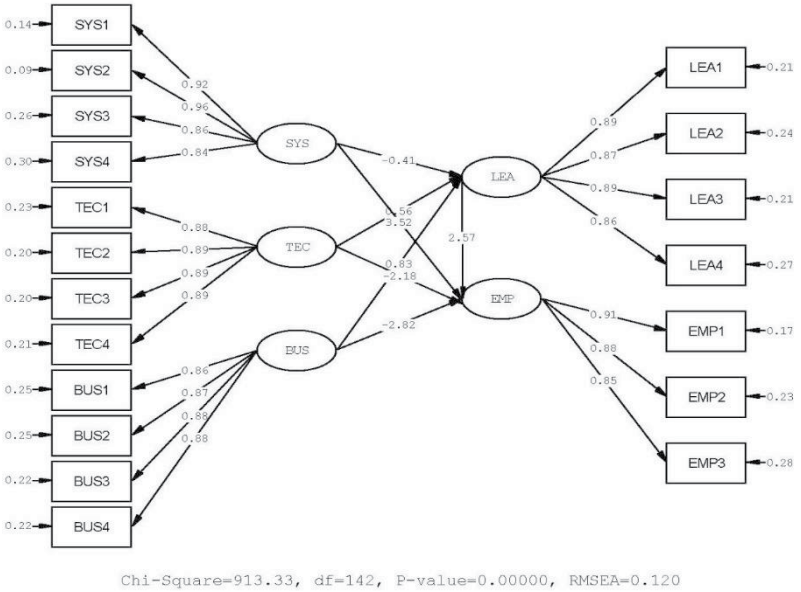
4. ภาวะผู้นำทางการบริหาร (Administrative Leadership Styles) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำทางการบริหาร อยู่ในระดับมาก

5. ผลการปฏิบัติงานของพนักงาน (Employee performance results) พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำทางการบริหาร อยู่ในระดับมาก

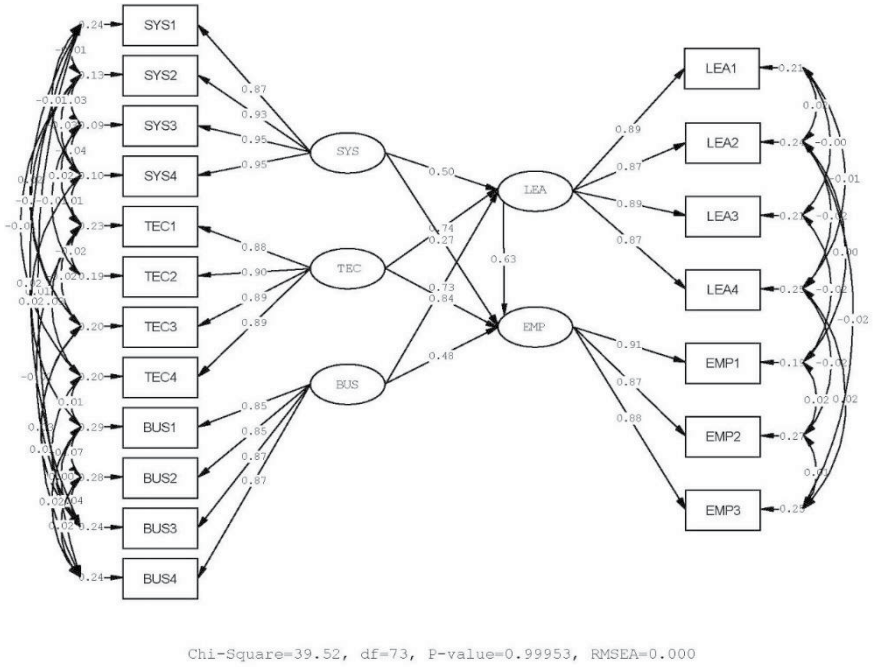
ผลการวิเคราะห์เส้นทาง

ผลการปฏิบัติงานของพนักงาน (EMP) ได้รับอิทธิพลรวมจากเทคโนโลยีดิจิทัล (TEC) สูงที่สุดโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.88 เป็นอิทธิพลทางตรงเชิงบวก 0.84 เป็นอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวก 0.04 รองลงมาคือ ภาวะผู้นำทางการบริหาร เทคโนโลยีดิจิทัล โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.63 ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรงเชิงบวก ทั้งหมด ระบบการทำงาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.59 เป็นอิทธิพลทางตรงเชิงบวก 0.27 เป็นอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวก 0.32 และการเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.51 เป็นอิทธิพลทางตรงเชิงบวก 0.48 เป็นอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวก 0.03 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ ผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ยังได้รับอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล และระบบการทำงาน ผ่านภาวะผู้นำทางการบริหาร โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.74, 0.73 และ 0.50 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังภาพประกอบที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์สมการโครงสร้างตามสมมติฐาน-ก่อนปรับ และภาพประกอบที่ 2 แบบจำลองความสัมพันธ์สมการโครงสร้างตามสมมติฐาน-หลังปรับ



ภาพประกอบที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์สมการโครงสร้างตามสมมติฐาน-ก่อนปรับ



ภาพประกอบที่ 2 แบบจำลองความสัมพันธ์สมการโครงสร้างตามสมมติฐาน-หลังปรับ

การพัฒนาโมเดล

ผู้วิจัยพัฒนาโมเดล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ของ EPH-Model ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบร่วมที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรสังเกตได้ ผลที่ได้คือลดจำนวนตัวแปรสังเกตได้ และสร้างตัวแปรใหม่ในรูปองค์ประกอบร่วม ที่เป็นการรวมกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ผลการวิจัย พบว่า

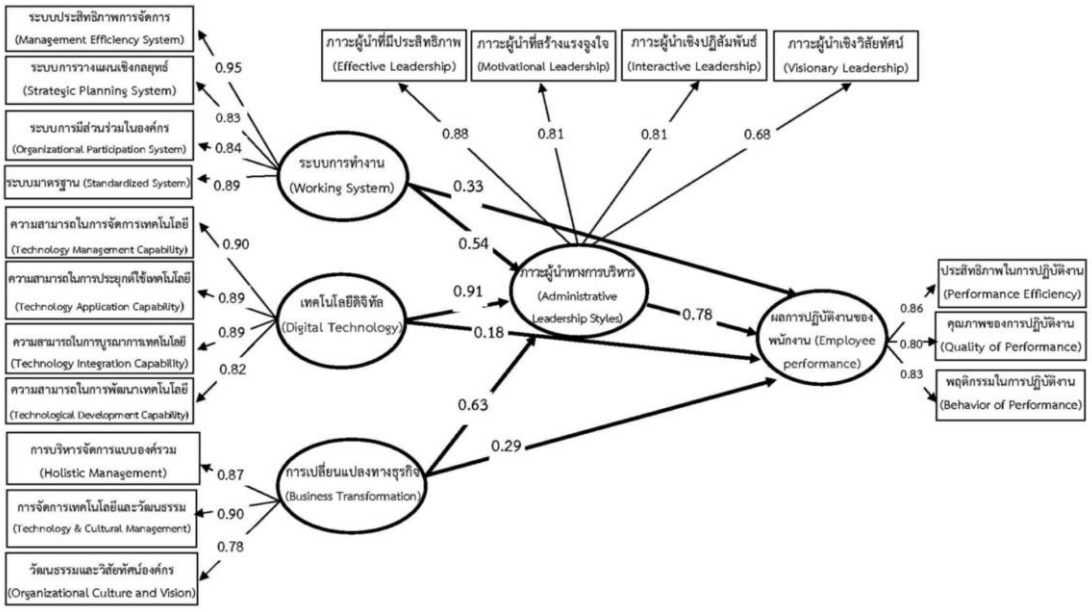
ระบบการทำงาน (Working System) ประกอบด้วย ระบบประสิทธิภาพการจัดการ ระบบการวางแผนเชิงกล ระบบการมีส่วนร่วมในองค์กร ระบบมาตรฐาน เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการเทคโนโลยี ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ความสามารถในการบูรณาการเทคโนโลยี ความสามารถในการพัฒนาเทคโนโลยี รบกวนตรวจสอบช การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ (Business Transformation) ประกอบด้วย การบริหารจัดการแบบองค์รวม การจัดการเทคโนโลยีและวัฒนธรรมวัฒนธรรมและวิสัยทัศน์องค์กร (NBUS3) ภาวะผู้นำทางการบริหาร (Administrative Leadership Styles) ประกอบด้วย ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ภาวะผู้นำที่สร้างแรงจูงใจ ภาวะผู้นำเชิงปฏิสัมพันธ์ ภาวะผู้นำเชิงวิสัยทัศน์ และผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ประกอบด้วย ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน คุณภาพงานในการปฏิบัติงาน พฤติกรรมในการปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดลโดยรวมหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับโมเดล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืนทั้ง 6 ดัชนีที่ผ่านเกณฑ์การยอมรับ คือค่าดัชนี χ^2/df = 0.301, CFI = 1.00, GFI = 1.00, AGFI = 0.98, RMSEA = 0.000 และ SRMR = 0.0033 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโมเดลแบบจำลองสมการเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (EFA) มีความเหมาะสมกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์เส้นทาง พบว่า

ผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ได้รับอิทธิพลรวมจากเทคโนโลยีดิจิทัล สูงที่สุด เท่ากับ 0.89 โดย

เป็นอิทธิพลทางตรง 0.18 และเป็นอิทธิพลทางอ้อม 0.71 รองลงมาคือ การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ โดยเป็นอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.29 และเป็นอิทธิพลทางอ้อม 0.49 และได้รับอิทธิพลรวมจากภาวะผู้นำทางการบริหาร โดยเป็นอิทธิพลทางตรงทั้งหมด 0.78 และระบบการทำงาน 0.44 โดยเป็นอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.33 และเป็นอิทธิพลทางอ้อม 0.11 นอกจากนี้ ภาวะผู้นำทางการบริหาร ยังได้รับอิทธิพลรวมจากเทคโนโลยีดิจิทัล การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ และระบบการทำงาน โดยเป็นอิทธิพลทางตรงทั้งหมด มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.91, 0.63 และ 0.54 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01ดังภาพประกอบที่ 5.3 แบบจำลองความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ หรือ EPH-Model



ภาพประกอบที่ 3 แบบจำลองความสัมพันธ์สมการโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (EFA)หรือ EPH-Model

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย ผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

ผลจากการวิเคราะห์ ระบบการทำงาน (Working System) 4 ด้าน ประกอบด้วยระบบการบริหารจัดการ (Management System) ระบบการวางแผน (Planning System) ระบบควบคุมคุณภาพ (Quality control system) และระบบฐานข้อมูล (Database system) พบว่า ในภาพรวม ระบบการทำงาน (Working System) มีระดับการรับรู้และการดำเนินการในระดับ “มาก” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Niederman and March[3] ที่เสนอว่า ระบบการทำงาน (Working System) ที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการ (Management System), ระบบการวางแผน (Planning System), ระบบควบคุมคุณภาพ (Quality Control System) และระบบฐานข้อมูล (Database System) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chan-Edmiston et al.[10] ที่ระบุว่า ระบบการทำงาน (Working System) ที่ดีไม่เพียงแต่ส่งเสริม

ประสิทธิภาพในการทำงาน แต่ยังช่วยพัฒนาองค์กรในมิติของการบริการ นวัตกรรม และคุณภาพของผลิตภัณฑ์ โดยเฉพาะในบริบทของธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยที่ต้องตอบสนองความต้องการของลูกค้าอย่างทันทีทันใด ระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้พนักงานสามารถเข้าถึงข้อมูลลูกค้าได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ ส่งผลต่อความพึงพอใจของลูกค้าโดยตรง ขณะเดียวกัน งานวิจัยของ Gerrard et al.[11] และ Iavicoli et al.[12] ชี้ให้เห็นว่า ระบบการทำงาน (Working System) ที่ชัดเจนและมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภายในสามารถลดความซ้ำซ้อนของงาน เพิ่มความคล่องตัวในการดำเนินงาน และส่งเสริมการทำงานแบบข้ามสายงาน (Cross-functional Teamwork) ซึ่งเหมาะอย่างยิ่งกับธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยที่มีลักษณะบริการหลากหลายและต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

ผลจากการวิเคราะห์ เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงเทคโนโลยี (Technology Accessibility) ความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยี (Digital Literacy /Usability) การสนับสนุนจากระบบเทคโนโลยี (System Support & Infrastructure) และการยอมรับและการปรับตัวต่อเทคโนโลยี (Technology Adoption & Adaptability) พบว่า ในภาพรวม เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) มีระดับการรับรู้และการดำเนินการในระดับ “มาก” ซึ่งสะท้อนถึงการให้ความสำคัญของธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยต่อเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ในกระบวนการดำเนินงาน ใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงเทคโนโลยี, ความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยี, การสนับสนุนจากระบบเทคโนโลยี และการยอมรับและปรับตัวต่อเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ซึ่งอยู่ในระดับ “มาก” และ “ปานกลางค่อนข้างมาก” ทุกด้าน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ancillai et al.[4] ที่เสนอว่าองค์กรที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) มีความสามารถในการใช้งาน และสามารถปรับตัวต่อเทคโนโลยีใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง จะมีแนวโน้มเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอุตสาหกรรมบริการที่ต้องการความยืดหยุ่น ความเร็ว และความแม่นยำในการให้บริการลูกค้าแบบเรียลไทม์ ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยของ จิราภรณ์ พฤกษ์พนาเวศ[13] ระบุว่า เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการทำงานของบุคลากรในธุรกิจบริการ โดยเฉพาะในด้านของระบบสนับสนุน (Infrastructure) ซึ่งช่วยให้พนักงานสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตรงกับผลการศึกษาในองค์ประกอบด้าน “การสนับสนุนจากระบบเทคโนโลยี” ที่มีคะแนนสูงสุด นอกจากนี้ ความสามารถในการปรับตัวต่อเทคโนโลยีเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จในการนำระบบดิจิทัลมาใช้ในองค์กร งานวิจัยของ สุภัสสรา คำพุฒ[14] พบว่า หากพนักงานมีทัศนคติเชิงบวกต่อเทคโนโลยีและได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม อัตราความสำเร็จในการใช้ระบบใหม่จะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับค่าคะแนนในหมวด “การยอมรับและการปรับตัวต่อเทคโนโลยี” ที่อยู่ในระดับมากเช่นกัน ขณะเดียวกัน ผลการศึกษานี้ยังสะท้อนความท้าทายด้าน “ความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยี” ที่ยังไม่อยู่ในระดับสูงมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Liakou et al.[15] ที่ชี้ว่าองค์กรในภูมิภาคต่างจังหวัดมักประสบปัญหาเรื่อง Digital Literacy และความไม่สม่ำเสมอในการฝึกอบรมบุคลากร ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างไม่เต็มประสิทธิภาพ โดยสรุป ผลการวิเคราะห์ในภาพรวมชี้ให้เห็นว่า ธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย มีความพร้อมในระดับหนึ่งในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในกระบวนการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ให้แก่พนักงาน และการ

สนับสนุนจากโครงสร้างพื้นฐานที่มั่นคงยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างสูงสุดในยุคเศรษฐกิจฐานข้อมูล ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ผู้ประกอบการในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยจึงมีความพร้อมในด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่

ผลจากการวิเคราะห์ การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ (Business Transformation) ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย กลยุทธ์องค์กร โครงสร้างและกระบวนการภายใน วัฒนธรรมองค์กรและการบริหารการเปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีและนวัตกรรม พบว่า ในภาพรวม การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย มีความตื่นตัวและปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงได้ดี โดยสามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้านหลักดังกล่าว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nwaiwu[5] ซึ่งเสนอว่า การเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจควรเริ่มจากการกำหนดกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อบริบทของการเปลี่ยนแปลง จากนั้นจึงดำเนินการปรับโครงสร้าง กระบวนการและวัฒนธรรมองค์กร พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเสริมศักยภาพในการแข่งขัน งานวิจัยของ Jałowiec et al.[16]ชี้ให้เห็นว่าองค์กรที่สามารถปรับกลยุทธ์และนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้อย่างเป็นระบบ จะสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันภายใต้ความเปลี่ยนแปลงของตลาดโลกาภิวัตน์ อีกทั้งยังสามารถตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนด้านวัฒนธรรมองค์กรที่อยู่ในระดับ “มาก” เช่นกัน นอกจากนี้ Al-Okaily et al.[17] ยังเน้นว่า เทคโนโลยีและนวัตกรรมมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงโมเดลธุรกิจ การนำเทคโนโลยีมาใช้ควบคู่กับการพัฒนาทักษะของบุคลากรเป็นปัจจัยชี้ขาดต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน (transformation) ซึ่งสะท้อนจากผลในหมวด “เทคโนโลยีและนวัตกรรม” ที่แม้จะอยู่ในระดับ “ปานกลางค่อนข้างมาก” แต่ยังต้องการการพัฒนาในเชิงการปฏิบัติ สรุปผลการวิเคราะห์ชี้ว่า องค์กรในกลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจในระดับที่ดี โดยเฉพาะในด้านกลยุทธ์และวัฒนธรรมองค์กร อย่างไรก็ตาม ยังควรเสริมสร้างระบบการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยเน้นการลงทุนในบุคลากรและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลควบคู่กัน ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ผู้ประกอบการในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย จึงมีความพร้อมในด้านการเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่

ผลจากการวิเคราะห์ ภาวะผู้นำทางการบริหาร (Administrative Leadership Styles) ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นภารกิจ (Task-Oriented Leadership) ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นบุคคล (People-Oriented Leadership) ภาวะผู้นำแบบมีวิสัยทัศน์ (Visionary Leadership) และภาวะผู้นำเชิงเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) พบว่า ในภาพรวม ภาวะผู้นำทางการบริหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารของธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย มีรูปแบบภาวะผู้นำที่ชัดเจนและสามารถสร้างอิทธิพลเชิงบวกต่อการดำเนินงานภายในองค์กร โดยองค์ประกอบที่มีการประเมินอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นบุคคล, ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นภารกิจ, ภาวะผู้นำแบบมีวิสัยทัศน์ และภาวะผู้นำเชิงเปลี่ยนแปลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Davis[17] ซึ่งเสนอว่าภาวะผู้นำทางการบริหารควรประกอบด้วย 4 มิติหลัก ได้แก่ ภารกิจ บุคคล วิสัยทัศน์ และการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เพื่อสร้างความสมดุลระหว่างการบริหารงาน การบริหารคน และการสร้างแรงจูงใจต่อเป้าหมายระยะยาวขององค์กร งานวิจัยของ Fathi et al.[19] ชี้ให้เห็นว่า ภาวะผู้นำแบบมีวิสัยทัศน์และแบบ

เชิงเปลี่ยนแปลงมีบทบาทสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของพนักงานและการสร้างวัฒนธรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์กรบริการ ซึ่งตรงกับผลการประเมินด้านวิสัยทัศน์และการเปลี่ยนแปลงในงานวิจัยนี้ ในบริบทของประเทศไทย ณัฐพงศ์ คำภูมี [20] พบว่า ผู้นำที่เน้นภารกิจจะสามารถขับเคลื่อนการปฏิบัติงานของทีมให้บรรลุเป้าหมายได้ชัดเจน ขณะเดียวกัน ผู้นำที่ใส่ใจในบุคลากรจะสามารถลดอัตราการลาออกและเพิ่มความพึงพอใจในงานได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินในหมวด “ผู้นำแบบมุ่งเน้นบุคคล” ที่มีคะแนนสูงที่สุดในตารางนี้ นอกจากนี้ Mynbayeva et al.[21] ยังเน้นว่า ความสามารถของผู้นำในการปรับบทบาทให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การเน้นบุคคลในภาวะวิกฤตหรือการเน้นภารกิจในช่วงเวลาสำคัญของธุรกิจ ถือเป็นลักษณะของภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพในศตวรรษที่ 21 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ที่แสดงให้เห็นถึงความสมดุลระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน สรุปผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้นำในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย มีรูปแบบภาวะผู้นำที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทการบริหารยุคใหม่ โดยเฉพาะในด้านการดูแลบุคลากรและการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาภาวะผู้นำเชิงเปลี่ยนแปลงและการสร้างแรงบันดาลใจในระยะยาวยังเป็นประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคดิจิทัล ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ผู้ประกอบการในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย จึงมีความพร้อมในด้านภาวะผู้นำทางการบริหาร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ผลจากการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของพนักงาน (Employee performance results) ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพนักงานมีศักยภาพในการทำงานที่ตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กรในระดับดี ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำงาน (Work Efficiency) คุณภาพของงาน (Work Quality) และความรับผิดชอบและความร่วมมือ (Responsibility & Teamwork) โดยเฉพาะในด้าน “ประสิทธิภาพในการทำงาน” ซึ่งได้คะแนนสูงสุด แสดงให้เห็นถึงความสามารถของพนักงานในการบริหารเวลา การจัดลำดับความสำคัญของงาน และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Buil et al.[22] ที่ระบุว่า ประสิทธิภาพของพนักงานในอุตสาหกรรมบริการสามารถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อมีการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นผลงานและการสนับสนุนจากผู้นำ ส่วนด้านคุณภาพของงานและความร่วมมืออยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ซึ่งอาจสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะในเชิงลึก เช่น ความละเอียดรอบคอบ และความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น งานของ Mensah & Tawiah[23] ชี้ให้เห็นว่า ความร่วมมือในทีมและความไว้วางใจภายในองค์กรมักเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการทำงานแบบยั่งยืน โดยเฉพาะในองค์กรที่มีลักษณะงานแบบบริการลูกค้า ในบริบทของ ประเทศไทย งานวิจัยของ อุษณีย์ กล่ำเกษม[24] พบว่า การมีระบบติดตามผลการปฏิบัติงาน (Employee performance results) อย่างต่อเนื่องและชัดเจน ช่วยยกระดับคุณภาพการทำงานของพนักงาน โดยเฉพาะเมื่อผสานกับระบบจูงใจ เช่น การให้รางวัลหรือการยกย่องในที่สาธารณะ นอกจากนี้ Vu et al.[25] ยังเสนอว่า ปัจจัยเชิงบริหาร เช่น รูปแบบภาวะผู้นำที่เน้นพัฒนาและเสริมสร้างแรงจูงใจ มีผลต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการทำงานของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์โมเดลในงานวิจัยนี้ซึ่งชี้ว่า ภาวะผู้นำทางการบริหารมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน (Employee performance results) ของพนักงานในระดับสูง สรุปผลการศึกษาชี้ว่า พนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการทำงานที่ดี โดยเฉพาะในด้านประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมคุณภาพงานและการทำงานร่วมกันยังสามารถพัฒนาได้อีก ผ่าน

การอบรม การปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน และการบริหารแบบมีส่วนร่วมดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ผู้ประกอบการในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย จึงมีความพร้อมในด้านผลการปฏิบัติงานของพนักงาน(Employee performance results) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่

อภิปรายผลการสร้างแบบจำลองการพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย

ผลการสร้างโมเดลสมการโครงสร้างตามสมมติฐานของที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ด้วยวิธีการ Maximum Liklihood ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL เพื่อทำการเปรียบเทียบถึงความกลมกลืนระหว่างโมเดลที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยพิจารณาค่าสถิติ ดัชนีค่า Chi-Square, Chi-Square/df, CFI, GFI, AGFI, RMSEA, SRMR และค่า Largest Standardized Residual ซึ่งผลการวิเคราะห์โมเดลครั้งแรก พบว่า ค่าดัชนี ความกลมกลืนยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาจากค่าสถิติที่คำนวณได้ คือ $\chi 2$ = 913.33, df = 142, p-value = 0.0000, CFI = 0.98, GFI = 0.80, AGFI = 0.73, RMSEA = 0.120 และ SRMR= 0.040 ซึ่งค่าสถิติ ที่สำคัญหลายตัว ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับโมเดล (Model Modification) โดยพิจารณาจากคำแนะนำในการปรับพารามิเตอร์ในโมเดลด้วยค่าดัชนีปรับโมเดล (Model Modification Indices) จากนั้นปรับพารามิเตอร์โดยยินยอมให้ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นให้ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ 69 รอบ จนกระทั่ง ค่าดัชนีความกลมกลืนมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า แบบจำลองการพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย มีค่าดัชนีความกลมกลืนทุกดัชนีผ่านเกณฑ์การยอมรับ คือ ค่าดัชนี $\chi 2$/df = 0.541, CFI = 1.00, GFI = 0.99, AGFI = 0.97, RMSEA = 0.000 และ SRMR = 0.0054 นั่นคือ ค่าไค-สแควร์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) รวมทั้ง ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ผ่านเกณฑ์การยอมรับ แสดงว่าโมเดลการวิจัยสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับ สุภมาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณา และ รัชนีกูล ภิญโญภานุวัฒน์[26] กล่าวไว้ว่า การทดสอบ รูปแบบโครงสร้าง (Structure Model) กับรูปแบบการวัด (Measurement Model) ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ถ้าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Model Fit) ยังไม่สอดคล้อง กลมกลืนกัน Chi-Square มีนัยสำคัญ) ผู้วิจัยจะต้องปรับโมเดล แล้วดำเนินการใหม่จนกว่าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์จะสอดคล้องกลมกลืนกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

สำหรับการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย สามารถเสนอข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นเพิ่มเติม เช่น ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์การ ความผูกพันต่อองค์การ และแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจ SMEs ภาคบริการด้านสุขภาพให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ควรขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างไปยังธุรกิจบริการด้านสุขภาพประเภทอื่น ๆ เช่น คลินิกเฉพาะทาง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือธุรกิจบริการสุขภาพทางเลือก เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของผลการวิจัย

3. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่หรือภูมิภาคที่แตกต่างกัน เช่น ภาคเหนือ ภาคใต้ หรือพื้นที่ชนบท เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของบริบทการดำเนินงาน

4.ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในองค์กร เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ

6. ควรศึกษาผลกระทบของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของพนักงาน เช่น ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ หรือระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์

7. ควรศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงาน

8. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของผลการวิจัย

9. ควรศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างธุรกิจ SMEs ภาคบริการด้านสุขภาพกับองค์กรขนาดใหญ่ เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของผลการปฏิบัติงาน

10. ควรมีการติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) หลังจากนำรูปแบบไปใช้ เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการพัฒนา

ข้อเสนอแนะดังกล่าวจะช่วยพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มความสมบูรณ์ของการวิจัยในอนาคต รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาธุรกิจ SMEs ภาคบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Yang, K. (2021). Consumers' intention in avoiding plastic packaging from online food take-out: a case study of Beijing and Shanghai, China. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 4700.
2. Halim, H., Yudawisastra, H. G., Nabilah, N., Sudirman, A., Ummah, A. H., Ardiansyah, T., ... & Kesuma, T. M. (2024). Green marketing. Widina Media Utama.
3. Niederman, F., & March, S. T. (2014). Understanding work systems: The role of structure, processes, and information. Information & Management, 51(4), 479–487.
4. Ancillai, C., Sabatini, A., Gatti, M., & Perna, A. (2023). Digital technology and business model innovation: A systematic literature review and future research agenda. Technological Forecasting and Social Change, 18(8), 122-307.
5. Nwaiwu, F. (2018). Review and Comparison of Conceptual Frameworks on Digital Business Transformation. Journal of Competitiveness, 10(3), 86-100.
6. Davis, C. R. (2018). Administrator leadership styles and their impact on school nursing. NASN School Nurse, 33(1), 36-39.
7. Utin, N. H., & Yosepha, S. Y. (2019). The model of employee performance. International Review of Management and Marketing, 9(3), 69-89.
8. Hair, J. F. Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L. and Black, W. C. (1998). Multivariate Data Analysis (5th ed.), New Jersey, Prentice-Hall,
9. Hambleton, R.K. (1984). Validating the test scores. In R. A. Berk. (Ed). A guide to criterion-referenced test construction. (199 – 223). Baltimore and London: The Johns opkins University Pres.
10. Chan-Edmiston, S., Fischer, S., Sloan, S., Wong, M., & John, A. (2020). Intelligent transportation systems (its) joint program office: strategic plan 2020–2025 (No. FHWA-JPO-18-746). United States. Department of Transportation. Intelligent Transportation Systems Joint Program Office.

11. Gerrard, J. M., Godwin, S., Chuter, V., Munteanu, S. E., West, M., & Hawke, F. (2021). Release of the National Scheme's Aboriginal and Torres Strait Islander Health and Cultural Safety Strategy 2020-2025; the impacts for podiatry in Australia: a commentary. Journal of Foot and Ankle Research, 14, 1-13.
12. Iavicoli, I., Spatari, G., Chosewood, L. C., & Schulte, P. A. (2022). Occupational medicine and Total Worker Health®: from preventing health and safety risks in the workplace to promoting health for the total well-being of the worker. La Medicina del Lavoro, 113(6), e202-205
13. จิราภรณ์ พฤกษ์พนาเวศ. (2563). ความสามารถด้านเทคโนโลยีกับผลการดำเนินงานของธุรกิจบริการในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารบริหารธุรกิจ, 14(2), 85–101.
14. สุภัสสรา คำพุฒ. (2565). การยอมรับเทคโนโลยีและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในองค์กรธุรกิจไทย. วารสารนวัตกรรมและการจัดการ, 8(1), 42–59.
15. Liakou, A., Tsakanikas, A., & Gkikas, A. (2025). Building digital capability in regional SMEs: Challenges and policy implications. European Journal of Innovation Management, 28(1), 45–63.
16. Jałowiec, T., Wojtaszek, H., & Miciuła, I. (2022). Analysis of the potential management of the low-carbon energy transformation by 2050. Energies, 15(7), 23-51.
17. Al-Okaily, M., Bataineh, H., & Dahiyat, S. E. (2023). Digital transformation and business model innovation: The mediating role of dynamic capabilities. Technological Forecasting and Social Change, 18(8), 122-133.
18. Davis, J. A. (2018). Administrative leadership: Principles for innovative management. Oxford University Press.
19. Fathi, K., Karimi, A., & Meidani, M. (2023). School Administration, 11(4), 32-55.
20. ณัฐพงศ์ คำภูมี. (2564). รูปแบบภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจบริการ. วารสารวิจัยการบริหารการศึกษา, 10(3), 97–112.
21. Mynbayeva, A., Akzholova, A., & Kuzhabekova, A. (2024). Leadership in 21st-century organizations: Characteristics and change orientation. Leadership & Organization Development Journal, 45(2), 121–138.
22. Buil, I., Martínez, E., & Matute, J. (2019). Transformational leadership and employee performance: The role of identification, engagement and proactive personality. International Journal of Hospitality Management, 7(7), 64–75.
23. Mensah, J. K., & Tawiah, K. A. (2020). Employee engagement and organizational performance: The mediating role of team collaboration. Management Research Review, 43(12), 1427–1446.
24. อุษณีย์ กล่ำเกษม. (2562). การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานในองค์กรธุรกิจบริการ. วารสารการจัดการธุรกิจ, 12(2), 113–129.
25. Vu, T. T., Nguyen, L. H., & Tran, Q. N. (2022). Leadership and employee performance in hospitality: Empirical evidence from developing economies. Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism, 21(1), 73–93.
26. สุภมาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณา และ รัชนีกูล ภิญโญภานุวัฒน์. (2554). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

Factors Influencing the Decision to Use Health Spa Massage Services Among People in Bangkok, Thailand.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

อรนิษฐ์ แสงทองสุข[1]
Oranit Sangthongsuk[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการและปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย และเพื่อศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการจัดการที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริโภคที่กาตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ด้านกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation หรือ S.D.) และการวิเคราะห์หาการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการทุกด้านมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะด้านการนำและการวางแผน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ใช้บริการยาว

คำสำคัญ: กระบวนการจัดการ, การตัดสินใจเลือกใช้บริการ, นวดสปาเพื่อสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to examine the levels of personal factors, management process factors, and decision-making factors influencing the use of health spa massage services among people in Bangkok, Thailand. In addition, the study aimed to investigate the effects of management process factors on decision-making in choosing health spa massage services among people in Bangkok, Thailand. The total sample size for this study was 500 respondents. The research instrument used for data collection was a questionnaire. Data were analyzed by Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Multiple Regression

The results revealed that all management process factors significantly influenced the decision to use health spa massage services among people in Bangkok, Thailand, at the 0.05 level of significance. In particular, leadership and planning were identified as the most influential factors, as they enhance management efficiency and build confidence among service users.

Keywords: Management Process, Service Decision Making, Health Spa Massage

บทนำ

ในปัจจุบันแนวโน้มการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้ประชาชนหันมาให้ความสำคัญกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตมากขึ้น ทำให้ธุรกิจบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะธุรกิจนวดและสปาเพื่อสุขภาพมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก นอกจากนี้อุตสาหกรรมสุขภาพของประเทศไทยยังมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยรายงานของ Global Wellness Institute ระบุว่าเศรษฐกิจด้าน

[1] สาขาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม E mail: Oranit.sa@spu.ac.th

สุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มขึ้นจาก 38.8 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2566 เป็น 42.7 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2567 และภาคธุรกิจสปามีอัตราการเติบโตมากกว่าร้อยละ 18 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเติบโตของธุรกิจบริการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[1] นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในจุดหมายปลายทางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สำคัญของโลก โดยประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 15 ของโลกด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และมีการพัฒนาโครงการศูนย์สุขภาพ (Wellness Center) จำนวน 87 แห่งทั่วประเทศ เพื่อยกระดับมาตรฐานบริการสุขภาพและสปาให้สามารถแข่งขันในระดับสากล[2] อีกทั้งภาครัฐยังมีนโยบายส่งเสริมธุรกิจนวดและสปาเพื่อสุขภาพให้เป็นจุดเด่นของประเทศ โดยการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานบริการ รวมถึงการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันของประเทศไทยในตลาดโลก[3] ขณะเดียวกัน อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยยังมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2568 อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีมูลค่าประมาณ 670,000 ล้านบาท และมีผู้ประกอบการมากกว่า 92,000 ราย ซึ่งธุรกิจนวดและสปาเพื่อสุขภาพถือเป็นหนึ่งในธุรกิจสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้านสุขภาพของประเทศ[4]

สำหรับกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจและการบริการของประเทศไทย มีประชากรจำนวนมาก รวมทั้งมีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพจำนวนมาก ส่งผลให้ธุรกิจนวดและสปาเพื่อสุขภาพมีการแข่งขันสูง ผู้ประกอบการจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการและเข้าใจพฤติกรรมผู้บริโภคอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ เช่น คุณภาพบริการ ราคา สถานที่ตั้ง บุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก และภาพลักษณ์ของสถานประกอบการ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ใช้บริการในปัจจุบัน นอกจากนี้ พฤติกรรมผู้บริโภคในยุคดิจิทัลยังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยผู้ใช้บริการมีการค้นหาข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ เปรียบเทียบราคา และพิจารณาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการรายอื่นก่อนตัดสินใจใช้บริการ ทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจนวดและสปาเพื่อสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพัฒนากลยุทธ์ทางการตลาดและคุณภาพบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าธุรกิจนวดสปาเพื่อสุขภาพจะมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่ามีการแข่งขันสูงและความต้องการของผู้บริโภคมีความหลากหลาย ทำให้ผู้ประกอบการจำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของประชาชนอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถพัฒนาธุรกิจให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภค และเพิ่มความสามารถในการแข่งขันในระยะยาว[5]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาธุรกิจบริการนวดสปาเพื่อสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลสำหรับผู้ประกอบการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการ และปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการจัดการที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งมุ่งเน้นการสำรวจสอบถามเฉพาะผู้บริโภคที่ตัดสินใจเลือกบริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริโภคที่ตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหากลุ่มตัวอย่างเมื่อไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่ชัด ของ Taro Yamane[6] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 500 คน และการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถาม ออกเป็น 3 ส่วน
โดยแบบสอบถามเป็นแบบคัดกรอง โดยข้อคำถามแรก จะถามว่า ท่านใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพเป็นประจำหรือไม่ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “ไม่” ผู้ตอบแบบสอบถามท่านนั้น ก็ไม่ต้องทำแบบสอบถามข้อต่อไป หากถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “ใช่” ผู้ตอบแบบสอบถามท่านนั้น ต้องทำแบบสอบถามข้อต่อไป

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านกระบวนการจัดการ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และ การควบคุม มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของ Likert ได้แก่ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยอย่างมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของ Likert ได้แก่ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยอย่างมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ[7] และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ส่วนที่มีค่าน้อยกว่า 0.6 ให้ตัดทิ้งไป แต่หากต้องการนำมาใช้ จะต้องดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญ (Hambleton, 1984) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.78 สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับพนักงาน ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง)

จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α – Coefficient) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลออนไลน์โดยใช้ Google From

2. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 500 ฉบับ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

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

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

3.ใช้การวิเคราะห์หาการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการ และปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 63.00 และเป็นเพศชาย จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 37.00 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งอาจเนื่องจากเพศหญิงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการผ่อนคลายมากกว่าเพศชาย

ด้านอายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25–34 ปี จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 33.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 35–44 ปี จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 27.00 และช่วงอายุต่ำกว่า 25 ปี จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 17.00 แสดงให้เห็นว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ซึ่งมีความต้องการผ่อนคลายจากความเครียดและภาระงาน

ด้านสถานภาพการสมรส พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 280 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมาคือสมรส จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มโสดมีแนวโน้มใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น

ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00 และต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 19.00 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ

ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ 25,001 – 35,000 บาท จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 27.00 รองลงมาคือรายได้ 15,001 – 25,000 บาท จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 และรายได้ 35,001 – 45,000 บาท จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 19.00 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มรายได้ปานกลาง ซึ่งมีศักยภาพในการใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านกระบวนการจัดการ พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.16 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการนำ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.25, S.D. = 0.58) อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารหรือผู้ให้บริการที่มีความสามารถในการนำองค์กร การให้คำแนะนำ และการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ใช้บริการ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพรองลงมาคือ ด้านการวางแผน (Mean = 4.18, S.D. = 0.61) อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการวางแผนการให้บริการอย่างเป็นระบบ เช่น การวางแผนการให้บริการลูกค้า การจัดตารางเวลา และการวางแผนด้านทรัพยากร มีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ใช้บริการ ด้านการจัดองค์การ มีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.12, S.D. = 0.64) อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการจัดโครงสร้างองค์กร การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของพนักงาน และการจัดบุคลากรอย่างเหมาะสมมีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ ด้านการควบคุมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 4.09, S.D. = 0.66) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการควบคุมคุณภาพบริการ การตรวจสอบมาตรฐานและการติดตามผลการให้บริการ มีความสำคัญต่อการรักษามาตรฐานและความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการ

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการทุกด้านมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะด้านการนำและการวางแผน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ พบว่า ปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.17, S.D. = 0.62) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการมีความสำคัญต่อการเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การตัดสินใจซื้อ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.25, S.D. = 0.57) อยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการให้ความสำคัญกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการโดยพิจารณาจากความเหมาะสมของราคา คุณภาพการบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ รองลงมาคือ การรับรู้ปัญหา มีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.21, S.D. = 0.59) อยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการมีการรับรู้ถึงความต้องการในการผ่อนคลายความเครียด ลดความเมื่อยล้า และดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญในการเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพ

ด้านการค้นหาข้อมูล มีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.18, S.D. = 0.63) อยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการมีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการ ราคา โปรโมชั่น และรีวิวจากผู้ใช้บริการก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการ ด้านการประเมินทางเลือก มีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.12, S.D. = 0.65) อยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการมีการเปรียบเทียบสถานบริการหลายแห่งก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการ เพื่อให้

ได้รับบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการ ส่วนพฤติกรรมหลังการซื้อ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 4.09, S.D. = 0.68) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการมีแนวโน้มกลับมาใช้บริการซ้ำ รวมทั้งแนะนำบริการให้กับผู้อื่นเมื่อเกิดความพึงพอใจ

สรุปพบว่า ปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการทุกด้านอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ากระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภคมีความสำคัญต่อการเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจซื้อและการรับรู้ปัญหา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

2. ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย (n = 500)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย	B	S.E.	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	0.912	0.142	-	6.423	0.000*
การวางแผน	0.214	0.039	0.231	5.487	0.000*
การจัดองค์การ	0.168	0.037	0.186	4.541	0.000*
การนำ	0.285	0.042	0.301	6.786	0.000*
การควบคุม	0.143	0.035	0.154	4.086	0.000*

$R=0.768$ $R^2=0.590$ $djusted R^2=0.586$ $F=178.432$ p - value = 0.000 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 59.0 (R^2 = 0.590) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่า การนำ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการมากที่สุด (Beta = 0.301, Sig. = 0.000) รองลงมาคือ การวางแผน (Beta = 0.231, Sig. = 0.000) การจัดองค์การ (Beta = 0.186, Sig. = 0.000) และการควบคุม (Beta = 0.154, Sig. = 0.000) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การนำเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการบริหารจัดการของผู้ประกอบการ ความสามารถของพนักงาน และการให้บริการที่มีคุณภาพ ซึ่งช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ใช้บริการ รองลงมาคือ การวางแผน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวางแผนการให้บริการอย่างเป็นระบบ เช่น การจัดตารางเวลา การเตรียมความพร้อมของบุคลากร และการวางแผนการให้บริการลูกค้า มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้บริโภค นอกจากนี้ การจัดองค์การและการควบคุมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โดยการจัดองค์การที่มีประสิทธิภาพช่วยให้การให้บริการเป็นระบบ ส่วนการควบคุมช่วยรักษามาตรฐานคุณภาพการบริการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการทุกด้านมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะด้านการนำและการวางแผน ซึ่ง

เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ใช้บริการ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และมีรายได้ระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มผู้ใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีความต้องการดูแลสุขภาพและผ่อนคลายจากความเครียดในการทำงาน ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร จันทร์เพ็ญ[8] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสปาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 25–40 ปี และมีรายได้ระดับปานกลาง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและความงาม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kanchanapibul et al.[9] ที่ศึกษาปัจจัยด้านการจัดการที่มีผลต่อความพึงพอใจของลูกค้าธุรกิจสปา พบว่า การนำและการวางแผนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของลูกค้า และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา บุญมี[10] ที่พบว่า การจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้บริโภคในธุรกิจสุขภาพและความงาม ส่วนปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการตัดสินใจซื้อมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือการรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก และพฤติกรรมหลังการซื้อตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคให้ความสำคัญกับขั้นตอนการตัดสินใจก่อนเลือกใช้บริการนวดสปา ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kotler and Keller[11] ที่กล่าวว่ากระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคประกอบด้วยการรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการของผู้บริโภค นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chotipanich and Douglas[12] ที่พบว่าผู้บริโภคมีแนวโน้มค้นหาข้อมูลและเปรียบเทียบทางเลือกก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยด้านการนำมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือการวางแผน การจัดองค์การ และการควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นและส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนพล ศรีวิชัย[5] ที่พบว่าการบริหารจัดการที่ดีช่วยเพิ่มความพึงพอใจและการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้บริโภค ทั้งนี้สรุปได้ว่า ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านกระบวนการจัดการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาธุรกิจนวดสปาเพื่อสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตดังนี้

1. ควรขยายพื้นที่การศึกษา การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น การวิจัยในอนาคตควรขยายพื้นที่ไปยังจังหวัดอื่น ๆ หรือภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพในบริบทที่แตกต่างกัน

2. ควรเพิ่มตัวแปรในการศึกษา การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาด (7Ps) ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ ปัจจัยด้านภาพลักษณ์องค์กร หรือปัจจัยด้านความพึงพอใจของลูกค้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) การวิจัยในอนาคตควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมและความต้องการของผู้ใช้บริการมากยิ่งขึ้น

4. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่ม การวิจัยในอนาคตอาจศึกษาเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้มีรายได้สูง เพื่อวิเคราะห์ความต้องการเฉพาะกลุ่มและนำไปใช้ในการพัฒนาธุรกิจได้อย่างเหมาะสม

5. ควรศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคในยุคดิจิทัล การวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยด้านเทคโนโลยี เช่น การจองบริการผ่านแอปพลิเคชัน รีวิวออนไลน์ การตลาดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และอิทธิพลของอินฟลูเอนเซอร์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดสปาเพื่อสุขภาพในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Global Wellness Institute. (2024). Global wellness economy: Thailand market growth report. Global Wellness Institute.
2. Thailand Government. (2023). Wellness Center advances Thailand’s health tourism to global level. https://www.thailand.go.th
3. Department of Health Service Support. (2023). Thailand upgrades spa and massage industry to compete globally. Ministry of Public Health.
4. Ministry of Tourism and Sports. (2025). Thailand health tourism market reaches 670 billion baht.
5. ธนพล ศรีวิชัย. (2566). การบริหารจัดการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการธุรกิจสุขภาพ. วารสารบริหารธุรกิจ, 12(1), 66–79.
6. Yamane, T. (1973). Statistics: An introductory analysis.
8. ศิริพร จันทร์เพ็ญ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสปาเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร. วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์, 7(2), 45–58.
7. Hambleton, R. K. (1984). Validating the test scores. In Berk, R. A., (Ed), A guide to criterion-referenced test construction (pp. 199 – 223). The Johns opsins University Press.
9. Kanchanapibul, M., Lacka, E., Wang, X., & Chan, H. (2021). An empirical investigation of spa service quality and customer satisfaction. International Journal of Hospitality Management, 95, 102938.
10. สุพัตรา บุญมี. (2565). ปัจจัยด้านการจัดการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการธุรกิจสุขภาพ. วารสารการจัดการสมัยใหม่, 10(1), 22–35.
11. Kotler, P., & Keller, K. L. (2022). Marketing management (16th ed.). Pearson Education.
Lee, S., & Kim, D. (2023). Service management factors influencing customer decision-making in wellness tourism. Journal of Hospitality and Tourism Management, 55, 120–129.
12. Chotipanich, S., & Douglas, J. (2020). Consumer decision-making in health and wellness services. Journal of Service Management, 31(4), 589–607.

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

The effectiveness of using the patient classification model with the MOPH Triage system Emergency accident department Khamchaee Hospital Mukdahan Province .

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

รัชนี บรรจง[1]
Ratchanee Banjong[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) จำนวน 21 คน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ชนิดแบบ 1 กลุ่ม (one sample t-test design) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แบบประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และแบบบันทึกผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ศึกษาในระหว่างเดือนเมษายน-ตุลาคม พ.ศ. 2568 ทั้งสิ้น 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เดือนเมษายน-ตุลาคม พ.ศ. 2568 (N=1,216) หลังการทดลองวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage พบว่า มีการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ความถูกต้อง (Correct) ร้อยละ 93.01 คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over triage) ร้อยละ 6.00 คัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 0.99

คำสำคัญ : การคัดแยกประเภทผู้ป่วย, ระบบ MOPH Triage, ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

Abstract

This research was quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of using the MOPH Triage patient classification model in the emergency department, Khamchaee Hospital, Mukdahan Province. The study was conducted among 21 emergency department personnel, including professional nurses and paramedics, at Khamchaee Hospital, Mukdahan Province, who volunteered and agreed to participate in the project. The comparison was conducted before and after receiving the program in the sample group using

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

a one-sample t-test design. The research instruments consisted of a general information questionnaire. Assessment of knowledge and understanding of patient classification by MOPH Triage system, Assessment of skills of patient classification by MOPH Triage system, Assessment of accuracy of patient classification by MOPH Triage system, and Recording of the results after using the patient classification model. And the instruments used in the experiment were the patient classification model by MOPH Triage System, Emergency Department, Khamchaee Hospital, Mukdahan Province. The study was conducted during April-October 2025, a total of 6 months. Analyze general data, knowledge and understanding of patient classification, skills in patient classification, accuracy of patient classification. Data were analyzed using descriptive statistics to find frequency, percentage, mean, and standard deviation. Test for differences before and after the experiment. Data was analyzed using inferential statistics using Chi-square test with a statistical significance level of 0.05, and the results after using the patient classification model. April-October 2025 (N = 1,216) after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics by calculating frequency and percentage.

Results: 1) Knowledge and understanding of patient classification using the MOPH Triage system after the experiment was higher than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 2) Skills in patient classification using the MOPH Triage system after the experiment were higher than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 3) Accuracy of patient classification using the MOPH Triage system after the experiment was higher than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 4) Results after using the MOPH Triage patient classification model showed that patient classification using the MOPH Triage system was 93.01 percent correct, 6.00 percent over-triage, and 0.99 percent under-triage.

Keywords : patient classification, MOPH Triage system, emergency patients

บทนำ

ปัจจุบันผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มการรับบริการมากขึ้น โดยเป็นผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินประมาณ 35 ล้านครั้ง/ปี คิดเป็น 458 : 1,000 ประชากร พบเป็นผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินเพียงร้อยละ 30[1] ในขณะที่ห้องฉุกเฉินมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่และทรัพยากรจำกัด จึงทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการในการขอรับบริการและการให้บริการทางการแพทย์[2] ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยทั้งคุณภาพ ผลลัพธ์และการเข้าถึงบริการ[3] ผู้ป่วยได้รับการประเมินและการรักษาล่าช้า เกิดการรักษาผิดพลาด เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มอัตราการตาย[4] เกิดภาวะทุพลภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[2] เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและทรุดลง[5] สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ห้องฉุกเฉินที่ต้องจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาอย่างถูกต้องและแม่นยำ สามารถกระจายทรัพยากรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันเวลา ซึ่งการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มีการควบคุมคุณภาพทางการพยาบาลและผลของการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ถือได้ว่าเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ใช้บริการ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Room : ER) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญของโรงพยาบาลและมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตประชาชน มีหน้าที่หลักในการให้บริการเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิต กระบวนการคัดแยก (Triage) เป็นขั้นตอนสำคัญตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตหรือมีภาวะฉุกเฉินวิกฤตได้รับการดูแลรักษาเป็นลำดับแรก[6] โดยใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้อง

ฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (Emergency Severity Index (ESI) Version 4 แบบ 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (resuscitation) 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง (emergency) 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency) 4) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (semi-urgency) และ 5) ผู้ป่วยทั่วไป (non-urgency)[7] มีความน่าเชื่อถือและเที่ยงตรง สามารถเพิ่มความถูกต้องในการคัดแยกได้[8] ทำให้คัดแยกได้อย่างรวดเร็ว[9] สามารถลดระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉินและเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติได้ โดยพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage nurse) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี มีบทบาทในหน้าที่ดูแลและรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลคำชะอี ในจังหวัดมุกดาหาร เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมทั้งผู้รับบริการในเขตอำเภอคำชะอี และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เครือข่ายดังกล่าว เมื่อพิจารณาสภาพการณ์ทั่วไปในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี พบว่า ในแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565-2567 พบจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการ เฉลี่ยจำนวน 23,725, 25,915 และ 29,200 คน/ปี หรือเฉลี่ยจำนวน 65, 71 และ 80 คน/วัน นอกจากนั้นในปี 2567 พบผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ยเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก คิดเป็นร้อยละ 50, 35 และ 15 ตามลำดับ มีพยาบาลวิชาชีพประจำ จำนวน 9 คน ลักษณะการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีการหมุนเวียนอัตรากำลังพยาบาลเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานสม่ำเสมอ มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี เป็นส่วนใหญ่จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการมีจำนวนมากในขณะที่สัดส่วนอัตรากำลังของพยาบาลค่อนข้างน้อยและจำนวนพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 35 ทั้งนี้แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในเวรเช้า เวรบ่าย ดึกและวันหยุดนักขัตฤกษ์ ซึ่งจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์นอยกว่า 5 ปี (Emergency Department Assignment File, 2019) อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ผ่านมาพบข้อผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยและเกิดอุบัติการณ์มากในช่วงเวรบ่ายและเวรดึก โดยในปี 2564-2566 พบจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่คัดแยกในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง (undertriage) ร้อยละ 27, 30. และ 29 ตามลำดับ และการคัดแยกในระดับสูงกว่าความเป็นจริง (overtriage) ร้อยละ 19, 22 และ 20 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรอการรักษา ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น มีอาการชัก ซึมลงและความดันโลหิตลดลง ร้อยละ 10, 9 , และ 10 ตามลำดับ เมื่อทบทวนถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลจุดคัดแยกประเมินอาการเพื่อการคัดแยกผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม จากการขาดความรู้และทักษะในการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน คุณภาพการบริการลดลง ญาติผู้ป่วยเกิดความกังวลและไม่พึงพอใจนำไปสู่การร้องเรียนในการให้บริการ

ดังนั้นเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วตามระดับความรุนแรงและเร่งด่วน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์การปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลคำชะอี และมีบทบาทในการปฏิบัติงานในจุดคัดกรอง ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร โดยนำแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตาม

ระดับความเร่งด่วนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Severity Index, ESI) มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร เพื่อช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีความพร้อม สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานและ ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นเร่งด่วน เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินต่อไป ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (AEMT) จำนวน 21 คน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง ตุลาคม 2568 โดยใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (Emergency Severity Index (ESI) Version 4 แบบ 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (resuscitation) 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง (emergency) 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency) 4) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (semi-urgency) และ 5) ผู้ป่วยทั่วไป (non-urgency) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558) มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร เพื่อช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีความพร้อม สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานและผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นเร่งด่วน เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินต่อไป ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) จำนวน 21 คน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร มากกว่า 1 ปี

3) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

1) พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination Criteria for the Study) ประกอบด้วย

1) กลุ่มเป้าหมายขอออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการเกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดมาตั้งแต่แรกเข้าร่วมโครงการ

ผู้วิจัยคัดเลือกประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (non-probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)[10] สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ดังนั้นในการคำนวนและการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบบทดลองครั้งนี้ ผู้วิจับจึงใช้ประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการศึกษาและขออนุญาตใช้ข้อมูลแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สามารถระบุตัวตนได้ ในระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยในโปรแกรม Hosxp

3. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่อง วัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วม รวมถึงการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยเอกสารแบบสอบถามจะใส่รหัสของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายแทนชื่อ-สกุล และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล และเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการนัดในการเข้ามาร่วมการทดลองในอีก 2 สัปดาห์ต่อไปที่ห้องประชุมโรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

4. ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage, แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และแบบประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย

5. ผู้วิจัยดำเนินตามกิจกรรมตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การสาธิตทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและการสาธิตย้อนกลับ

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในสถานการณ์จำลอง (simulation learning)

6. ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage, แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และแบบประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage กับกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมวิจัย

7. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และแบบประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาและสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา

3. ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.92

4. ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 10 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) พบว่าแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage เท่ากับ 0.78, แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage เท่ากับ 0.81 และแบบประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ค่าคะแนนทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ค่าคะแนนทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตาม

หลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[11] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร รหัสโครงการ 06.0033.2568 วันที่ 1 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 90.5 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 57 ปี อายุเฉลี่ย 36.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.24 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.9 มีสถานภาพโสด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.7 มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 100 และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 85.7 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 100 โดยมีประสบการณ์การทำงานในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยต่ำสุด 3.7 ปี สูงสุด 35 ปี ระยะเวลาการทำงานในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเฉลี่ย 9.52 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.26 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 และเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับงานในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage โดยภาพรวมก่อนการทดลอง อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ =14.27, S.D.= 4.21) หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 28.36, S.D.= 1.43) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=21)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=21)			หลังทดลอง (n=21)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage	13.64	4.62	ปานกลาง	27.08	1.52	มาก	-16.27	20	0.03

* p<0.05

3. ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage

ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage โดยภาพรวมก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =9.87, S.D.= 0.89) หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ด้วยระบบ MOPH Triage อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =16.31, S.D.= 0.65) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=21)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=21)			หลังทดลอง (n=21)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยก	9.87	0.89	ปานกลาง	16.31	0.65	มาก	-26.74	20	0.01

* p<0.05

4. ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage

ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage โดยภาพรวมก่อนการทดลองมี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =8.93, S.D.= 0.87) หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =16.08, S.D.= 0.96) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=21)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=21)			หลังทดลอง (n=21)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความถูกต้องในการคัดแยก	8.93	0.87	ปานกลาง	16.08	0.96	มาก	-6.17	20	0.00

* p<0.05

6. ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage

ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ระหว่างการทดลองเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2568 ยอดผู้รับบริการจำนวน 1,216 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ความถูกต้อง (Correct) ร้อยละ 93.01 คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over triage) ร้อยละ 6.00 คัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 0.99 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage เดือนเมษายน-ตุลาคม พ.ศ. 2568 (N=1,216)

ประเภทผู้ป่วย	เวชระเบียนผู้ป่วย (n=460)	ถูกต้อง (Correct)	ร้อยละ	สูงกว่าเกณฑ์ (Over triage)	ร้อยละ	ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage)	ร้อยละ
ผู้ป่วยสีแดง	74	60	81.08	9	12.16	5	6.75
ผู้ป่วยสีส้ม	374	345	92.24	27	7.21	2	0.53
ผู้ป่วยสีเหลือง	768	726	94.53	37	4.81	5	0.65
ภาพรวม	**1,216**	**1,131**	**93.01**	**73**	**6.00**	**12**	**0.99**

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage พบว่า มีการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ความถูกต้อง (Correct) ร้อยละ 93.01 คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over triage) ร้อยละ 6.00 คัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 0.99 สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหารมีการส่งเสริมการให้ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย กิจกรรมที่ 2 การสาธิตทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและการสาธิตย้อนกลับ และกิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในสถานการณ์จำลอง (simulation learning) ซึ่งเป็นการส่งเสริมการให้ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นผู้สอน มีการยกตัวอย่างกรณีศึกษาเพื่อนำไปสู่การร่วมวิเคราะห์และหาวิธีการประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ถูกต้อง มีกิจกรรมส่งเสริมการให้ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นฐานตามกลุ่มโรคสำคัญ และมีกิจกรรมแบ่งกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้ และมีแนวทางปฏิบัติในการประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย ที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย เกิดประโยชน์สูงสุด กับผู้ป่วยที่มารับบริการ ดังนั้นจึงพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมากขึ้น และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา ดังการศึกษาของจิดาภา วิเศษวุฒิ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED. Triage) หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ค่าคะแนนเฉลี่ย 13.19, 18.56 ตามลำดับ[12] สอดคล้องกับการศึกษาของเมตตา สุทธิพรไพศาลกุล, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, อัจฉรา คามะทิตย์, นภชา สิงห์วีรธรรมและมลฤดี วรรณพนม ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI) ต่อความแม่นยำในการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรม TCPH ESI บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมี

คะแนนทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม TCPH ESI อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80[13] และการศึกษาของพูนทรัพย์ ใจคำสุข ศึกษาผลของการใช้บทเรียนออนไลน์เรื่องการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินต่อความรู้และความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มีความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนบทเรียนออนไลน์ (มัธยฐาน 15.00) มากกว่าก่อนเรียน (มัธยฐาน 11.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[14] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ พิมพ์ละมาศ การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลลำปลายมาศ ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ยังคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 30.64 โดยคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 20.36 และพบว่ามีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ 10.18[15]

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1. ควรนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนลงสู่ทุกหน่วยงานบริการ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการต่อไป

ด้านการบริการพยาบาล

1. ควรพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบบริการและออกแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ครอบคลุมประเด็นกลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น STROKE, STEMI, SEPSIS, HI เป็นต้น

2. ควรพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบของสื่อดิจิตอลออนไลน์ที่สามารถนำไปใช้ในการทบทวนต่อเนื่องเพื่อช่วยให้สะดวกและเข้าถึงสื่อ

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เห็นถึงสภาพปัญหา ความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ลุ่มลึก และนำไปสู่การกำหนดรูปแบบการดูแลตามสภาพปัญหา ความต้องการภายใต้บริบทที่แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉริยะ แพงมา. (2562). ทิศทางของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย. ใน: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ครั้งที่ 13 ประจำปี 2562: มุ่งสู่ยุคใหม่การแพทย์ฉุกเฉินไทย “Next Generation EMS”. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2562. หน้า 1-7.

2. American College of Emergency Physicians (ACEP). (2013). Scientific Assembly : Read clinically focused news coverage of key developments from ACEP13.

3. Hoot, N.R. and Aronsky, D. (2008). Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Annals of Emergency Medicine, 52, 126-136.

4. George, F., & Evridiki, K. (2015). The effect of emergency department crowding on patient outcomes. Health Science Journal, 9(1): 1-6; 2015.

5. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สินีนุช ชัยสิทธิ์, และอนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล, 31(2), 96-108.

6. Gurzick, M., & Kesten, K. S. (2010). The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice. Journal of Professional Nursing, 26(1), 42–48.

7. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือแนวปฏิบัติปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ที่คณะ กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3.

นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.

8. Mirhaghi, A., Kooshiar, H., Esmaeili, H., & Ebrahimi, M. (2015). Outcomes for emergency severity index triage implementation in the emergency department. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9(4), 4-7. doi:10.7860/JCDR/2015/11791.5737
9. Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2011). Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
10. วรรณชนก จันทชุม. (2545). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
11. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. จิดาภา วิเศษวุฒิ. (2566). การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED.Triage) หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 8(3), 962-968.
13. เมตตา สุทธิพรไพศาลกุล, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, อัจฉรา คามะทิตย์, นภชา สิงห์วีรธรรมและมลฤดี วรรณพนม. (2566). ประสิทธิผลของการใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI). วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 6(1), 1-9.
14. พูนทรัพย์ ใจคำสุข. (2564). ผลของการใช้บทเรียนออนไลน์เรื่องการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินต่อความรู้และความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาล. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
15. พรสวรรค์ พิมพ์ละมาศ. (2564). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปลายมาศ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 35-43.

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

The effect of using the self-care program for diabetic patients on knowledge and self-care behavior of diabetic patients at Ban Khok Sawang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khok Sawang Subdistrict, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province.

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ภูนีรัตน์ ลี้พล[1]
Phuneerat. Leepol[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคือ โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ,แผนการสอนผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ,แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯโดยใช้สถิติทดสอบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ระดับพอใช้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ระดับดีซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นบางครั้ง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ ตามสมมุติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ,ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This research was a quasi-experimental research with a one-group pre- and post-test design. The objective was to compare the mean knowledge scores and self-care behaviors of diabetic patients in the experimental group before and after participating in the diabetic self-care program. The sample group consisted of 65 registered diabetic patients who received services at Ban Khok Sawang Subdistrict Health Promotion Hospital. The research instruments consisted of Self-care program for diabetic patients consists of a self-care manual for diabetic patients, a diabetes education plan, and data collection tools. Including general information questionnaires, diabetes knowledge questionnaires for diabetic patients, and self-care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

behavior questionnaires for diabetic patients. Personal data of the sample group were analyzed by descriptive data analysis, including mean, standard deviation, and percentage, and comparative data analysis of the differences between the mean values of knowledge scores. and the self-care behavior of the experimental group before and after joining the program using statistics to test the change in knowledge scores and self-care behavior of the experimental group after the experiment using t-test statistics.

The results of the study found that 1. Knowledge about diabetes, before joining the program, the experimental group had a fair level of knowledge. After joining the self-care program, the experimental group had a mean score of The knowledge scores of diabetic patients were at a good level, which was higher than before joining the program. In terms of behavior, diabetic patients in the experimental group before joining the program found that before joining the program, the experimental group sometimes had self-care behavior. After joining the program, there was regular self-care behavior of diabetic patients according to the hypothesis that after joining the self-care program of diabetic patients in the experimental group Self-care behavior of diabetic patients was significantly higher than before joining the program at the statistical level of p<.05.

Keywords: Self-care program for diabetic patients, knowledge and self-care behavior of diabetic patients.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ หากมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแข็งและมีการทำลายไต สมอง หัวใจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่บุคคลผู้เป็นโรคต้องมีการดูแลตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี พ.ศ. 2567 พบว่าทั่วโลกเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 246 ล้านคน และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน 380 ล้านคน[1]

จังหวัดนครพนม ในปี 2563–2565 พบอัตราป่วยเท่ากับ 881.05 , 812.35 และ 540.26 ต่อแสนประชากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในเขตพื้นที่อำเภอปลาปาก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกันโดย ในปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 242.3, 365.8 และ 426.31 ต่อประชากรแสนตามลำดับ จากสถิติรายงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง พบว่าปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 85 คน 183 คนและ 243 คนตามลำดับ และอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลปลาปาก พบเป็นอันดับ 2 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยในช่วง พ.ศ.2565 – 2567 เท่ากับ 61 คน ,78 คน และ120 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีความรู้สึกยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่นการควบคุมอาหาร มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย การลืมรับประทานยา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง รวมถึงการที่ไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด อีกทั้งยังมีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาโรงพยาบาลปลาปากมีโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าประสิทธิผลของ โครงการให้ความรู้ต่างๆ ประสบความสำเร็จ ในเรื่องการ

พัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[2]

จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม Orem การดูแลตนเองที่ดีจะช่วยลดภาระรายจ่ายที่ต้องสูญเสียลง เพราะการควบคุมโรคเบาหวานได้นั้นจะช่วยลดอัตราและระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังลงได้ เป็นการประหยัดเงินที่จะต้องสูญเสียไปเพื่อใช้ในการรักษาบำบัดโรค ส่งผลดีต่อเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และสังคมอีกด้วย แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยยังคงดูแลตนเองได้ไม่ดีพอ มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารหวาน รับประทานอาหารจุกจิกและหยุดยาเองเป็นต้น ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี และทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น ทั้งนี้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะโรคอาจมีภาวะเครียดด้านจิตใจ[3]

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยการการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ให้กับผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ การสอนอย่างมีแบบแผนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม หรือการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง การพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนให้ความรู้และการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น แต่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและรักษาน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้การรักษา ให้คำแนะนำแต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับกาโรคเบาหวานและการดูแลตนเองไม่เพียงพอในการปฏิบัติตัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน[4]

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการจัดกิจกรรมกับผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ และการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest one-group design) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2568 – 5 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้กลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 65 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้ง ใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

2. เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ด้วยภาษาไทย

3. สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

5. ไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ ขณะสัมภาษณ์

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีประวัติความบกพร่องด้านความจำ

2. ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล

3. ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ได้แก่ มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 อัมพฤกษ์อัมพาต มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (180/110mmHg) มีค่าน้ำตาลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีภาวะคีโตซีส (Ketosis)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ข้อ ให้ตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว เป็นการวัดความรู้เรื่องเกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรักษาโรคเบาหวาน เลือกคำตอบแบบถูก - ผิด โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ตรงตามความเป็นจริงในการปฏิบัติตัวใน 1 สัปดาห์ ตามความถี่ แบ่งเกณฑ์พิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน , ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน , ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 0 คะแนน , ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน ,ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 3 คะแนน การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองปฏิบัติพบว่าเท่ากับ 0.73

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง นัดประชุมผู้ช่วยดำเนินงานวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งเกณฑ์การ

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อวิเคราะห์ผล และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรายงานให้ผู้วิจัยทราบเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง ทำการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลหลังได้รับโปรแกรม เพื่อวิเคราะห์ผล และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรายงานให้ผู้วิจัยทราบเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลต่อไป

จริยธรรมการทำวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครพนม เลขที่ REC 114/66 วันที่ 4 สิงหาคม 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.23, มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มากถึงร้อยละ 53.85, สถานภาพคู่ร้อยละ 76.92,มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 69.23, ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 66.15, มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.8, ระยะเวลาของการ เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11 - 14 ปี ร้อยละ 61.54

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานคะแนนความรู้อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 10.80 , S.D=3.21) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.65 , S.D=5.68) , ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรค ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 11.14 , S.D=3.38) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.42 , S.D=4.97) , ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 10.41 , S.D=3.92) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.53 , S.D=4.95) และความรู้เรื่องการบำบัดรักษา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 10.75, S.D=3.28) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.95 , S.D=5.84) ตามสมมติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 9.77 , S.D=7.12) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 19.66 , S.D=3.48) , พฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 8.07 , S.D=3.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 13.7,S.D=3.45) , ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 5.54 , S.D=2.69) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 8.13 , S.D=1.56) ,ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 13.0 , S.D=1.56) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 19.06 , S.D=4.58) ตามสมมุติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=65)

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม					หลังเข้าร่วมโปรแกรม				
	$\bar{x}$	S.D	t	p-value	df	$\bar{x}$	S.D	t	p-value	df
- การรับประทานอาหาร	9.77	7.12	4.46	0.001	36	19.66	3.84	3.65	0.001	36
- การรับประทานยา	8.07	3.54	3.24	0.000	32	13.70	3.45	3.24	0.000	32
- การออกกำลังกาย	5.54	2.69	1.89	0.002	39	8.13	3.66	1.89	0.002	39
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	13.0	1.56	0.78	0.001	31	19.06	4.58	0.78	0.001	31

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับสมยศ ศรีจารนัย และคณะ , 2544) ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

2. โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้จัดทำขึ้นนั้นประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคู่มือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการทำแบบประเมินเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งแบ่งเป็น

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ระดับพอใช้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ระดับดีซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่กล่าวว่าการดูแลตนเองจะประสบผลสำเร็จได้ บุคคลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจตระหนักว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสม มีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจถูกต้องเหมาะสมต่อไป[3,5]

2.2 ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นบางครั้ง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ ตามสมมุติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$[6,7]

ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมกับโรคจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ สถานพยาบาลอื่นๆ และพยาบาลควรจัดโครงการหรือจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เพื่อนำไปดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องต่อไปทั้งในและนอกสถานบริการ

2. พยาบาลทำงานควรร่วมมือกับสหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร เป็นแบบองค์รวม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hba1C) ที่เพื่อติดตามผลของโปรแกรมต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2017). IDF Diabetes Atlas 8th Edition 2017 Country.
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง.ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประจำปีงบประมาณ 2567. นครพนม: งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ,2565.
3. Orem, D.E. (1991). Nursing Concepts of Practece (2nd ed). New York: Mc Grawbill. Book Company.
4. Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice/Nola J. Pender, with a contribution by Albert R. Pender. 2nd ed. New York : Appleton & Lange,1987.
5. เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2543).ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบรูณ์. กรุงเทพฯ: บริษัทจูนพับลิชชิ่งจำกัด.
6. ตวงพร กตัญญุตานนท์และคณะ. (2560) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.วารสารวิชาการ สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 6(2), 53-62.
7. เนตรนภา สาสังข์ และคณะ. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารความปลอดภัยสุขภาพ, 10(36),48

บทบาทใหม่ในโลกใบเดิม: การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดยสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขและเครือข่ายสตรี

New Roles in the Same World: Proactive Health Promotion in Communities by Public Health Housewives Associations and Women's Networks

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์[1] อัจฉรา ประกอบมี[2] เยาวลักษณ์ มีบุญมาก[3] อังสินี กันสุขเจริญ[4]
Buntawan Hirunkhro[1] Achara Pagopmee[2] Yaowaluk Meebunmak[3] Aungsini Kunsukchalern[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจเอกสารและถอดบทเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข (มสส.) และกลุ่มเครือข่ายสตรีในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกภายใต้บริบทโลกยุคใหม่ แม้จะอยู่ใน "โลกใบเดิม" ที่มีโครงสร้างสังคมเดิม แต่ความท้าทายจากสังคมสูงวัยและเทคโนโลยีดิจิทัลทำให้กลุ่มสตรีมีการปรับบทบาทจากผู้สนับสนุนสู่ "ผู้นำการเปลี่ยนแปลง" วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการดำเนินการผ่านกิจกรรมต่างๆพบว่าพลังของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายสตรี โดยการสร้างเครือข่ายเชิงพหุภาคี มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยดำเนินกิจกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การทำงานเชิงรุกในระดับชุมชนมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การสร้างสุขภาวะที่ดีขึ้นในชุมชนและยั่งยืนในระดับฐานรากของประเทศไทย

คำสำคัญ: สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข, การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก, เครือข่ายสตรี

Abstract

This study is a literature review and lessons learned exercise aimed to analyze the evolving roles of the Public Health Housewives Association (PHHA) and women's network groups in proactive health promotion within the context of the modern world. Although these efforts take place within the "same world," characterized by enduring social structures, emerging challenges particularly population aging and the rapid advancement of digital technologies have prompted a significant transformation in the roles of women. Specifically, women have shifted from being passive supporters to becoming "agents of change" in community health development. The data was analyzed using content analysis.

Findings from the implementation of various initiatives indicate that the collective power of the PHHA and women's networks, particularly through the establishment of multi-sectoral collaborations, plays a crucial role in enhancing the effectiveness of proactive community-based interventions. The integration of digital technologies into program operations further strengthens their capacity to respond to contemporary health challenges. Consequently, these efforts contribute to improved community well-being and support the development of sustainable health outcomes at the grassroots level in Thailand.

Keywords: Public Health Housewives Association; Proactive Health Promotion; Women's Networks

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: buntawan@ckr.ac.th

[2] พยาบาลวิชาชีพ, ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี E-mail: Acharapoy2530@gmail.com

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ผู้อำนวยการ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชน E-mail: yaowaluck_m@pckpb.ac.th

[4] อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Co-Author Author Email: angsinee@pckpb.ac.th

บทนำ

ในโครงสร้างระบบสาธารณสุขไทย ความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างเข้มแข็ง จากอดีตถึงปัจจุบัน สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข อยู่คู่กับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข หรือใช้คำย่อว่า “มสส” เขียนเป็นภาษาอังกฤษว่า “PUBLIC HEALTH MINISTRY’s LADIES’ ASSOCIATION” ย่อว่า “HEMLA” เป็นองค์กรสตรีที่มีขนาดเล็กแต่มีประสิทธิภาพมาก มีการจดทะเบียนและดำเนินงานภายใต้กฎหมายที่ถูกต้อง มีบทบาทโดดเด่นในฐานะ "กลไกกลาง" ที่เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนที่เป็นฐานรากของประเทศไทย ในการทำงานภายใต้ "โลกใบเดิม" ที่มีความซับซ้อนใหม่ สมาคมแม่บ้านสาธารณสุขเกิดขึ้นจากการรวมตัวของกลุ่มสตรีที่เป็นคู่สมรสของข้าราชการและบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงสตรีที่มีจิตศรัทธาในการช่วยเหลืองานสาธารณสุข โดยมีจุดเริ่มต้นจากการเป็นกลุ่มกิจกรรมเล็กๆ ที่มุ่งเน้นงานด้านสวัสดิการและการสงเคราะห์ ก่อตั้งเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535 ได้รับการจดทะเบียนจัดตั้งเป็น "สมาคม" อย่างเป็นทางการ ณ วังเทวะเวสม์ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร โดยอาจารย์ชวลัย สุดสุข ภริยานายแพทย์อุทัย สุดสุข (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น) ได้ดำรงตำแหน่งเป็นนายกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขคนแรก โดยระเบียบข้อบังคับของสมาคมกำหนดให้นายกสมาคมฯ ได้รับการคัดเลือกโดยเป็นภริยาปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือในกรณีที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นสตรีให้เป็นนายกสมาคมโดยตำแหน่ง สำหรับกรณีที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขไม่มีภริยา หรือภริยาไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้แต่งตั้งจากภริยาของอธิบดีหรือภริยาของรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาตามลำดับความอาวุโสสูงสุด หากไม่มีบุคคลดังกล่าว ให้คัดเลือกสมาชิกที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นนายกสมาคมฯ ต่อไป ปัจจุบันสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ ณ อาคาร 6 ชั้น 2 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี[1]

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาสมาคมฯ ได้ทำหน้าที่เป็นองค์กรเอกชนภาคประชาสังคมที่ทำงานเคียงคู่กับกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด และมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและบทบาทให้สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศในแต่ละยุคสมัย โดยมีวัตถุประสงค์ของสมาคมฯ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีทิศทาง สมาคมฯ ได้กำหนดวัตถุประสงค์หลัก 7 ข้อดังนี้1) เป็นศูนย์รวมทางความคิดในการสร้างสรรค์สังคมทางด้านสุขภาพอนามัย และกำหนดกิจกรรมเพื่อดำเนินการบำเพ็ญประโยชน์แก่สมาชิกและประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2)พัฒนาสุขภาพอนามัยและส่งเสริมการศึกษาคุณธรรม จริยธรรม และเศรษฐกิจแก่สมาชิกและครอบครัว เพื่อเป็นแบบอย่างในสังคม 3)ให้ความช่วยเหลือเมื่อสมาชิก และ/หรือ ครอบครัวเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขประสบปัญหาต่างๆ 4) เสริมสร้างความสามัคคีและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิก 5)สนับสนุนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข และให้ความร่วมมือในการประกอบกิจกรรมตามความสามารถ และโอกาสอันควรหรือกิจกรรมอื่นๆ 6)สมาคมไม่ดำเนินการเกี่ยวกับการเมืองแต่ประการใด และ7) เพื่อดำเนินการหรือร่วมมือกับองค์กรการกุศล[1]

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อบริบททางสังคมของไทยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ และประเทศไทยมีปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบในชุมชนเป็นอันมาก เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ความยากจนในสังคม ทั้งยังมีปัญหาสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตลดลงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งถึง ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศหรือประมาณ 320,000 คนต่อปี นอกจากนี้ อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่ม

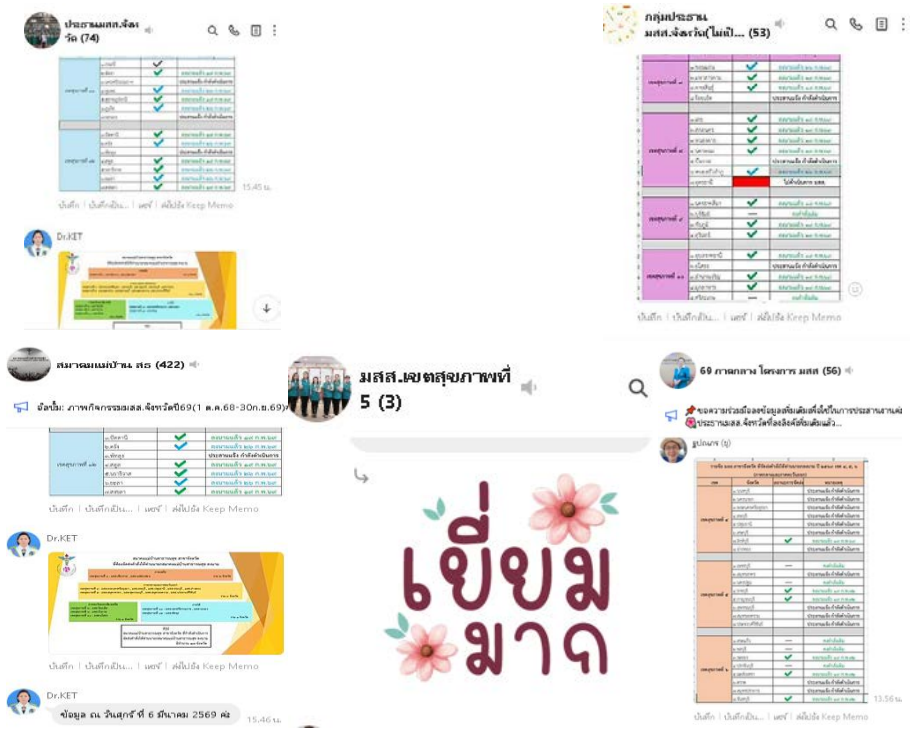
สูงขึ้นจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.6 ภายในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา[2] ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข ต้องปรับบทบาทสู่การเป็น "ผู้นำการเปลี่ยนแปลง" เพื่อยับยั้งปัญหาดังกล่าวจากระดับครัวเรือน/ชุมชน ภารกิจของสมาคมฯ จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงงานสนับสนุนเบื้องหลัง แต่ได้ยกระดับสู่การเป็น "หุ้นส่วนยุทธศาสตร์" (Strategic Partner) ของกระทรวงสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นการสร้าง "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy) จากภายในครัวเรือน โดยใช้เครือข่ายสตรีเป็นตัวขับเคลื่อนหลัก เนื่องจากสตรีมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารและดูแลสุขอนามัยของสมาชิกในบ้าน ดูแลสมาชิกในบ้านอีกด้วย ดังนั้นสมาคมฯ จากส่วนกลางจึงถ่ายทอดนโยบายลงสู่จังหวัดในแต่ละจังหวัด ในรูปแบบของ “สมาคมแม่บ้านสาธารณสุขจังหวัด” มีประธานสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข โดยกำหนดให้ภริยานายแพทย์สาธารณสุขแต่ละจังหวัดเป็นประธานโดยตำแหน่ง หากภริยานายแพทย์สาธารณสุขไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ให้มีการคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมในจังหวัดนั้นๆ ดำเนินการ ดังนั้นการทำงาน/ภารกิจ/กิจกรรม ในแต่ละจังหวัด จึงมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามนโยบายตามวัตถุประสงค์หลัก คือการดูแลสวัสดิการและกิจกรรมสาธารณที่เชื่อมต่อนโยบายรัฐลงสู่ระดับครัวเรือนผ่านสายสัมพันธ์และความเข้าใจในบริบทพื้นที่ สำหรับตัวอย่างบทบาทหน้าที่ประธานสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขแต่ละจังหวัด ได้แก่ 1. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงพหุภาคีเป็นโซ่ข้อกลางประสานงานระหว่างกลุ่มสตรี อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)[3] และภาครัฐ กระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ เช่น บุคลากรทางสาธารณสุข บุคลากรมหาดไทย นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รวมถึงสถานศึกษาต่างๆ เช่น โรงเรียน วิทยาลัย พยาบาล มหาวิทยาลัย เป็นต้น 2. การยกระดับเศรษฐกิจสุขภาพระดับครัวเรือน ส่งเสริมอาชีพที่สอดคล้องกับสุขภาวะ เช่น อาหารปลอดภัย 3. การเป็นพี่เลี้ยงเชิงวิชาการและจิตวิทยา พัฒนาศักยภาพกลุ่ม เด็ก สตรี หญิงตั้งครรภ์ วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งในการดำเนินงานทางสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขจากส่วนกลาง จะสนับสนุนงบประมาณให้จังหวัดที่ต้องการเข้าร่วมโครงการ โดยโอนงบประมาณให้กับจังหวัดที่เข้าร่วม ดำเนินการในรูปแบบโครงการเพื่อให้แต่ละจังหวัดได้มีกิจกรรมที่เป็นสาธารณประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่ ในรูปแบบเดียวกันทั่วทุกภาคของประเทศไทย

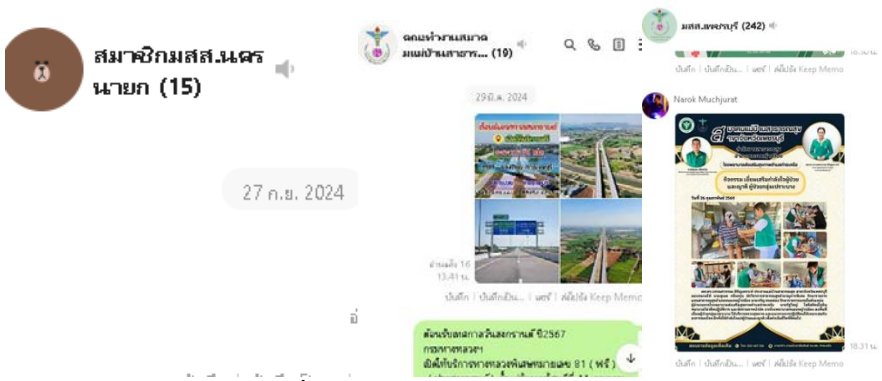
ในปี พ.ศ. 2568-2569 โดยการดำเนินงานของนายกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขท่านปัจจุบัน คนที่ 20 คือ แพทย์หญิงปิยะธิดา จึงสมาน และคณะอนุกรรมการสมาคมฯ (นพ.สมฤกษ์ จึงสมาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ได้มีการรวบรวมสถิติสมาชิกที่แน่นอนทั่วทั้งประเทศทั้ง 13 เขตสุขภาพ (12เขตสุขภาพ+1 กรุงเทพมหานคร) โดยให้ประธานสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขในแต่ละจังหวัดดำเนินการรวบรวมและส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ณ วันที่ 1 มีนาคม 2569 มีจำนวนสมาชิกทั่วประเทศทั้งหมด จำนวน 15,324 ราย

ข้อมูลของสมาชิก มสส. ทั่วทั้งประเทศ ซึ่งเป็นข้อมูลที่เกือบเสร็จสมบูรณ์ จะเห็นได้ว่ามีทั้งสมาชิกเก่าและสมาชิกใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้น และบางจังหวัดยังไม่มีข้อมูล เหตุเนื่องมาจากการเกษียณอายุราชการหรือเกษียณก่อนเวลา (early retirement) และการโยกย้ายงานในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคล้ายกับกระทรวงอื่นๆ ที่มีการสลับสับเปลี่ยนตำแหน่งอยู่เสมอ ตำแหน่งประธานสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด จึงยังไม่นิ่งยังไม่แน่นอน เพราะต้องย้ายตามสามี (นายแพทย์สาธารณสุข) หรือเป็นประธานใหม่เพราะสามีเลื่อนระดับจากรองนายแพทย์สาธารณสุข เป็นนายแพทย์สาธารณสุข จึงต้องมีการเรียนรู้งานปรับตัวและพัฒนางาน แต่อย่างไรก็ตามมสส.มีระบบพี่เลี้ยง (mentor) และประธานเขตสุขภาพที่จะให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา รวมถึงภริยาท่านสาธารณสุขนิเทศน์/คณะอนุกรรมฯ (ภริยารองปลัดกระทรวง/รองอธิบดีกรมต่างๆ) ด้วย จาก

ประสบการณ์ของผู้เขียน ที่มีเครือข่ายเป็นเพื่อน ประธานแม่บ้าน มสส.ในหลายๆ จังหวัด พบว่า ภริยานายแพทย์สาธารณสุขหลายท่าน เป็นคนทำงานทั้งในระบบราชการและเอกชน และมีบางส่วนเป็นแม่บ้านเต็มตัว ประธานมสส. ในหลายๆ จังหวัด เป็นทั้งแพทย์พยาบาล และส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุข บางจังหวัดที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้หญิง ต้องดำรงถึง 2 ตำแหน่งควบรวม เช่น จังหวัด ราชบุรี เลย ปราจีนบุรี (พ.ศ.2568) และมีประธานแม่บ้านที่เป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (สส.) (Member of the House of Representatives)

ดังนั้นผู้นำสตรีที่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขจึงเห็นปัญหาของประชาชนและในพื้นที่อย่างแท้จริง ทำให้การดำเนินงาน มสส.เป็นไปอย่างราบรื่น กลยุทธ์ในการสร้างเครือข่ายและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารสร้างกลุ่มกัลยาณมิตร กลุ่มจิตอาสา ได้สะดวกรวดเร็ว มีทีมบุคลากรของสาธารณสุขของจังหวัดให้การสนับสนุน เช่นโครงการเกี่ยว พระราชดำริ (พอ.สว, โครงการพระภิกษุ, พัฒนาเด็ก 1,000 วัน เป็นต้น) และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเครือข่าย อสม.ในแต่ละพื้นที่ซึ่งเป็นฟันเฟืองสำคัญในการดำเนินงานในชุมชน ในปัจจุบันสมาคมแม่บ้านได้พัฒนาทำสื่อในช่องทางต่าง ๆ เพื่อประชาสัมพันธ์สมาคมฯและเผยแพร่ผลงานของสมาชิกจังหวัดต่างๆของประเทศ ในรูปแบบ website, Facebook, Line official และยังเป็นช่องทางสื่อสารระหว่างสมาชิกด้วยกัน มีการรายงานกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละจังหวัดให้ นายกมสส. (ภริยาปลัดฯ) รับทราบ และสมาชิกมสส.ทั่วประเทศ ทุกภาค ได้รับรู้ข่าวสารของกันและกัน มีพลังหญิงในการให้กำลังใจด้วยข้อความต่างๆ ดังภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กลุ่มเครือข่าย Line ของมสส.

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข (มสส.) และกลุ่มเครือข่ายสตรีในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกภายใต้บริบทโลกยุคใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสำรวจเอกสารและถอดบทเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข (มสส.) และกลุ่มเครือข่ายสตรีในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกภายใต้บริบทโลกยุคใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากการดำเนินงานของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข (มสส.) และกลุ่มเครือข่ายสตรีในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

สรุปกลยุทธ์การดำเนินงานของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข (มสส.) ในการการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนองค์กรสู่ความเป็นเลิศในยุคดิจิทัลในสภาวการณ์ที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญ (Digital Disruption) สมาคมแม่บ้านสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อยกระดับขีดความสามารถในการสื่อสารและบริหารจัดการองค์กรดังนี้

1. การยกระดับช่องทางการสื่อสารดิจิทัล (Digital Transformation)

สมาคมฯ ได้เปลี่ยนผ่านรูปแบบการสื่อสารจากเดิมที่เป็นลักษณะปากต่อปาก (Word-of-Mouth) สู่การใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อสร้าง **"ระบบนิเวศข้อมูล"** ที่เข้าถึงง่ายและโปร่งใส โดยมีกลไกหลัก ได้แก่

1.1เว็บไซต์ทางการ(www.ladiesmoph.or.th) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางข้อมูล (Information Hub) ประกอบด้วยฐานข้อมูลบุคลากร กฎระเบียบข้อบังคับ และประกาศสำคัญต่างๆ เพื่อให้สมาชิกเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำได้ตลอดเวลา

1.2 แอปพลิเคชั่น LINE ใช้เป็นช่องทางสื่อสารเชิงรุก (Proactive Communication) เพื่อการส่งต่อ

ข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ และสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างสมาชิกทั่วประเทศ

2. การสร้างความยั่งยืนผ่านกิจกรรมทางสังคมและสวัสดิการ

เพื่อให้การดำเนินโครงการต่างๆ มีความมั่นคงทางการเงิน สมาคมฯ ได้กำหนดกลยุทธ์การจัดหารายได้และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ดังนี้

2.1 การบริหารจัดการผลิตภัณฑ์และการตลาด มีการจัดทำและจำหน่ายสินค้าภายใต้แบรนด์ของสมาคมฯ ทั้งในรูปแบบการออกบูธนิทรรศการ และการประชุมวิชาการประจำปี เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กรและสร้างรายได้หมุนเวียน

2.2 การคืนประโยชน์สู่สังคม รายได้ส่วนหนึ่งจากการดำเนินงานได้นำทูลเกล้าฯ ถวายโดยเสด็จพระราชกุศลในงานกาชาดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของสมาคมฯ ในการสนับสนุนกิจกรรมสาธารณกุศลระดับประเทศ

3. การบริหารจัดการภาวะวิกฤตและจิตอาสา (Crisis Management & Social Welfare)

สมาคมฯ ภายใต้การนำของอดีตนายกสมาคมทุกยุคทุกสมัย และคณะอนุกรรมการ ได้วางระบบการช่วยเหลือเยียวยาที่เป็นรูปธรรมตามวัตถุประสงค์หลักของ มสส. โดยเฉพาะเมื่อเกิดอุบัติภัยหรือภัยพิบัติ (อาทิ วาตภัย และอัคคีภัย) ดังเช่นตัวอย่างปี 2566-2568 คุณสุภาพร การย์กวินพงศ์ นายกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข (ลำดับที่ 19) ได้มีอุบัติภัยหรือภัยพิบัติในหลายๆ จังหวัดของประเทศ ทีมมสส.จากส่วนกลางได้ดำเนินการช่วยเหลือ ดังเช่น

3.1 ระบบตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อได้รับแจ้งเหตุจากพื้นที่ ส่วนกลางจะดำเนินการประสานงานจัดส่งทรัพยากร ทั้งเครื่องอุปโภคบริโภคและเวชภัณฑ์พื้นฐานอย่างเร่งด่วน เพื่อบรรเทาทุกข์เบื้องต้นให้แก่สมาชิกและประชาชนผู้ประสบภัยได้อย่างทันท่วงที

3.2 การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม นอกเหนือจากภารกิจด้านสาธารณสุข สมาคมฯ ยังให้ความสำคัญกับการธำรงไว้ซึ่งศาสนาและวัฒนธรรมอันดีงาม เพื่อสร้างความสมัครสมานสามัคคี และถักทอสายใยความผูกพันภายในองค์กรให้เข้มแข็ง

4. การสอนและการโค้ชงานจากรุ่นสู่รุ่น

การส่งต่อคุณค่าและภูมิปัญญาการทำงานจากรุ่นสู่รุ่นไม่ใช่เพียงการสอนงานตามคู่มือ (Manual) แต่คือการถ่ายทอด "ทุนทางปัญญา" (Intellectual Capital) และ "ประสบการณ์ที่มองไม่เห็น" (Tacit Knowledge) ซึ่งประกอบด้วย การที่รุ่นพี่ (Mentor) ถ่ายทอดวิธีการตัดสินใจในภาวะวิกฤต หรือ "ทางลัด" ที่เกิดจากความผิดพลาดในอดีต การบ่มเพาะทัศนคติ (Mindset Cultivation) โดยการปลูกฝังความรักในหมู่คณะและจริยธรรมในการทำงาน เพื่อให้คุณค่าขององค์กรถูกส่งต่อไปอย่างไม่ผิดเพี้ยน นอกจากนี้ยังมีการบริหารจัดการความแตกต่างระหว่างวัย (Navigating Generational Diversity) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการโค้ชคือการเข้าใจความแตกต่างของช่วงวัย (Baby Boomer, Gen X, Y, Z) เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสาร การเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ได้แบ่งปันความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีหรือมุมมองสมัยใหม่ให้กับคนรุ่นก่อน เพื่อสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกัน (Mutual Learning) และการจัดทำคลัง เช่น website, วารสารของสมาคม, ปฏิทิน เพื่อให้กลายเป็นสมบัติส่วนกลางขององค์กร ไม่ให้ความรู้หายไปพร้อมกับตัวบุคคลที่เกษียณอายุ ดั่งเช่นบทความวิชาการเรื่องนี้ ดังนั้นการสอนงานและการโค้ชจากรุ่นสู่รุ่นคือการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดขององค์กร[4] ยังเป็นการสร้างความผูกพัน (Engagement) และความสามัคคีให้เกิดขึ้นในเนื้อนาบุญเดียวกัน อันเป็นรากฐานสำคัญของการขับเคลื่อนองค์กรให้เติบโตอย่างมั่นคงและสง่างามในทุกยุคสมัย



รูปภาพที่ 2 กิจกรรมของ มสส. ในด้านกิจกรรมต่าง ๆ

สรุปภาพรวม กลยุทธ์ของ มสส. ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการปรับตัวให้เท่าทันโลกสมัยใหม่เท่านั้น แต่ยังคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ของการเป็นองค์กรจิตอาสาที่มุ่งเน้น "การบำบัดทุกข์ บำรุงสุข" โดยใช้ความคล่องตัวของระบบดิจิทัลมาเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงาน เพื่อประโยชน์สูงสุดของสมาชิกและประชาชนเป็นสำคัญดังรูปภาพที่ 2

สรุปและการอภิปรายผล

ในปัจจุบันบทบาทของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขยังไม่ทราบทั่วถึง ด้วยข้อจำกัดของจำนวนสมาชิกและงบประมาณ แต่อย่างไรด้วยจำนวนสมาชิกของทั้งประเทศจำนวน 1 หมื่นกว่าคน ได้กระจายอยู่ทั่วทุกจังหวัด มีความหลากหลายของอาชีพ วิชาชีพ และจำนวนสมาชิกที่เป็นบุคลลากร/เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด ทำงานสอดรับกับนโยบายชาติ มีการพัฒนาอยู่เสมอและปรับตัวสู่ยุคดิจิทัล (Digital Transformation) ภายใต้นโยบาย "ดิจิทัลสุขภาพ" (Digital Health)[6] สมาคมฯ ได้พัฒนาช่องทางสื่อสารผ่านเว็บไซต์ Facebook สมาคมแม่บ้านสาธารณสุขและแอปพลิเคชั่น LINE เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระเบียบข้อบังคับและองค์ความรู้ด้านสุขภาพสู่สมาชิกกว่า 1 หมื่นคนทั่วประเทศ และการสร้างเครือข่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชน ที่มีสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการใช้ Smart Data ในการปักหมุดกลุ่มเสี่ยง NCDs ไม่เพียงแต่เป็นการเฝ้าระวังเชิงรุก แต่ยังเป็นการสร้างฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ที่ช่วยให้การวางแผนระดับพื้นที่มีความแม่นยำสูงขึ้น สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศที่มีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อความสะดวกมากยิ่งขึ้น[7,8] ดังนั้นพลังหญิงของสมาชิก มสส. ในแต่ละจังหวัดผ่านกลไก ประธาน รองประธาน สมาชิก คณะกรรมการ ที่เป็นผู้หญิงทั้งหมดและมีที่ปรึกษาเป็นผู้ชายได้ ตามคำสั่งแต่งตั้งของนายแพทย์สาธารณสุขในแต่ละจังหวัดให้มีความสอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกันจากนโยบายส่วนกลาง ช่วยสร้างทีม[9] สร้างความสามัคคีในพื้นที่ทั้งชุมชน ชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนเมือง เกิดเครือข่ายการใช้พลังหญิง/พลังสตรี "พลังนุ่มนวล" (Soft Power) ความเข้าอกเข้าใจ (Empathy) เพื่อเข้าถึงมิติทางสังคมที่ระบบปกติอาจมองข้าม การสร้าง "ความเป็นเจ้าของร่วม" (Collective Ownership) ในการดูแลสุขภาพของประชาชน แสดงให้เห็นถึงการทำงานเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนในระดับฐานรากของประเทศไทยทำให้ผลลัพธ์มีความต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างแท้จริง ดังรูปภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กิจกรรมของมสส. ในแต่ละจังหวัดและบางจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

จากบทความวิชาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ควรมีการพัฒนาศักยภาพของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข (มสส.) อย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนดังนี้ (1) ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมาชิกให้มีความสมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และเชื่อมโยงในระดับประเทศ เพื่อรองรับ

การบริหารจัดการและการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์อย่างแม่นยำ (2) ควรเสริมสร้างทักษะด้านดิจิทัล (Digital Literacy) ให้แก่สมาชิกทุกระดับ เพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและเครื่องมือดิจิทัลในการสื่อสาร การจัดการข้อมูล และการดำเนินงานเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (3) ควรส่งเสริมและพัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Mentorship System) ให้มีความเข้มแข็งและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการถ่ายทอดองค์ความรู้จากผู้นำรุ่นพี่สู่รุ่นใหม่ เพื่อลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งและสร้างความต่อเนื่องขององค์กร (4) ควรขยายเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อเพิ่มทรัพยากรและโอกาสในการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพชุมชน สุดท้าย ควรมีการเผยแพร่บทบาทและผลงานของสมาคมให้เป็นที่รับรู้ในวงกว้างมากขึ้น เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรและการมีส่วนร่วมของสังคม อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนของการพัฒนาสุขภาวะในระดับฐานรากอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องเชิดชูเกียรติแก่นายกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข และท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข ท่านนายแพทย์สาธารณสุข สมาชิกและเครือข่ายสตรีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกยุค ทุกสมัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั่วประเทศ ผู้ซึ่งเป็นฟันเฟืองสำคัญที่ขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขไทยด้วยความเสียสละ ปณิธานของผู้นำที่มุ่งมั่นและความเมตตาของอดีตนายกสมาคมแม่บ้าน คือแรงบันดาลใจสำคัญที่ทำให้โลกใบเดิมใบนี้เปี่ยมไปด้วยสุขภาวะที่ดีขึ้น ดังสัญลักษณ์ดอกไม้ประจำสมาคมฯ และคำขวัญ ดังภาพที่ 3



ดอกไม้ประจำสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข

ดอกไม้ประจำสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข คือ “ดอกการบูร” เนื่องจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้พระราชทาน “ต้นการบูร” เป็นต้นไม้ประจำกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2560 ซึ่งเป็นวันครบรอบวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุข และก้าวเข้าสู่ 100 ปีการสาธารณสุขไทย ดังนั้น สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข จึงได้นำดอกการบูร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของต้นการบูร มาเป็นดอกไม้ประจำสมาคมฯ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

ลักษณะดอกการบูร : ออกดอกเป็นช่อแบบแยกแขนง โดยจะออกเป็นกระจุก ตามง่ามใบ ดอกมีลักษณะเล็กเป็นสีขาวอมเหลือง หรืออมเขียว

คำขวัญ

“ร่วมเคียงข้าง เพื่อประชาชนสุขภาพดี”

ภาพที่ 4 ดอกการบูร ดอกไม้ประจำสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขและคำขวัญ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *ประวัติความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของสมาคม*. สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2568, จาก https://www.ladiesmoph.or.th/aboutmoph.php
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2566). *แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกในยุคดิจิทัล*. กระทรวงสาธารณสุข.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2565*. อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
4. สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข. (2566). *วารสารสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขฉบับพิเศษ: สรุปผลงานรอบปี*.
5. เวฬุวัน อินทอง. (2562). ประสิทธิภาพของทักษะการโค้ชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนาโพธิ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 11(1), 99–106.

6. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561–2580*.
7. บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์. (2560). รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 11(3), 11–21.
8. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2566). *ยุทธศาสตร์ดิจิทัลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2570*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
9. นิติศักดิ์ เชื่อมวราศาสตร์, ธันวรัชช์ เวชโช, และ ชวาลา ยิ่งทวีศักดิ์. (2562). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาลที่ส่งผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 2(2), 54–68.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กร เพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต

The Development of Mental Resilience and Organizational Support Model to Reduce Burnout among Healthcare Personnel at Patong Hospital, Phuket Province.

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

สุนันทา ขจรรุ่งเรือง[1]
Sunantha Khajornrungruang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ ภาวะหมดไฟในการทำงาน และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กร เพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต (PATONG Model) การศึกษาประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ การทดลองนำร่อง และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง 292 คน กลุ่มทดลองนำร่อง 10 คน และกลุ่มทดลองใช้รูปแบบ 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ Paired t-test

ผลการศึกษา: บุคลากรส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจระดับปกติ (ร้อยละ 60.3) และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับสูง (3.68±0.58) ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ($r=-0.598$, $p<0.001$) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบ “PATONG Model” คะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และความรู้สึกสำเร็จในงานเพิ่มขึ้น ขณะที่ภาวะหมดไฟลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุป: การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กร เพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต (PATONG Model) ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพิ่มการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และลดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิผล

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟ,ความเข้มแข็งทางใจ,การรับรู้การสนับสนุนเชิงองค์กร,บุคลากรสาธารณสุข,การพัฒนารูปแบบปละประเมินผล

ABSTRACT

This action research aimed to investigate the situation and related factors of mental resilience, burnout, and perceived organizational support, and to develop and evaluate the effectiveness of the PATONG Model among healthcare personnel at Patong Hospital, Phuket Province. The study consisted of four phases: situational analysis, model development, pilot testing, and implementation. Participants included 292 hospital personnel, 10 participants in the pilot phase, and 30 participants in the intervention phase. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson’s correlation coefficient, and paired t-test.

Results: Most participants demonstrated normal levels of mental resilience (60.3%), while perceived organizational support was at a high level (mean=3.68±0.58). Mental resilience was negatively correlated with emotional exhaustion ($r=-0.598$, $p<0.001$). Following implementation of the PATONG Model, mental resilience, perceived organizational support, and personal accomplishment significantly increased, whereas burnout significantly decreased ($p<0.001$).

Keyword: Burnout, Mental Resilience, Perceived Organizational Support, Healthcare Personnel,PATONG Model

[1] พ.บ.นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลป่าตอง 57 ถ.ไสน้ำเย็น ต.ป่าตอง อ.กะทู้ จ.ภูเก็ต 83150

บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) เป็นกลุ่มอาการทางจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในสถานที่ทำงาน ประกอบด้วยความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) การลดทอนความเป็นบุคคล(Depersonalization) และการลดลงของความรู้สึกสำเร็จในงาน (Reduced Professional Efficacy) ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต คุณภาพการปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพขององค์กร[1-3] องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ภาวะหมดไฟเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพในการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อทั้งบุคลากรและองค์กร โดยพบได้บ่อยในบุคลากรสาธารณสุขซึ่งต้องปฏิบัติงานภายใต้ภาระงานสูง ความรับผิดชอบที่ซับซ้อน และความกดดันจากการให้บริการอย่างต่อเนื่อง[1,4]

งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศรายงานว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในระดับสูง ซึ่งสัมพันธ์กับความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน คุณภาพบริการที่ลดลง ความตั้งใจลาออก และปัญหาสุขภาพจิต[4,5,6,14,15,16] ขณะเดียวกัน ความเข้มแข็งทางใจ (Mental Resilience) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถฟื้นตัวจากความเครียดและอุปสรรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7,8]

โดยช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟและสามารถพัฒนาได้ผ่านกระบวนการฝึกทักษะอย่างเป็นระบบ[6,9,10]อย่างไรก็ตาม การลดภาวะหมดไฟอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องดำเนินควบคู่กับการสนับสนุนเชิงองค์กร โดยเฉพาะการบริหารภาระงาน การส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม บทบาทของผู้บริหาร และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived Organizational Support: POS) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดภาวะหมดไฟและการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากร[11,12,13,19]

โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวระดับนานาชาติ ที่มีภาระงานสูงและความซับซ้อนของการให้บริการทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้บุคลากรเผชิญแรงกดดันจากปริมาณงาน ความคาดหวังของผู้รับบริการ และข้อจำกัดด้านทรัพยากร การศึกษาของ พญ.เหมือนแพร บุญล้อม[18] พบว่าความเข้มแข็งทางใจและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบ เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและลดภาวะหมดไฟในทางปฏิบัติ

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจควบคู่กับการสนับสนุนเชิงองค์กรเพื่อ ลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการปัจจัยระดับบุคคลและองค์กรเข้าด้วยกัน ภายใต้กรอบแนวคิด “PATONG Model”ซึ่ง ประกอบด้วยการตระหนักรู้ตนเอง การจัดการความเครียด การปรับกรอบความคิดเชิงบวก การสนับสนุนจากองค์กร การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ และการเติบโตอย่างยั่งยืน เพื่อพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน และประเมินประสิทธิผลเบื้องต้นต่อความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และภาวะหมดไฟของบุคลากร

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะหมดไฟในการทำงาน ความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้การสนับสนุนเชิงองค์กร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กร เพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต

3.เพื่อประเมินผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนจากองค์กรต่อความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กรเพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การทดลองนำร่อง และ 4) การทดลองใช้และประเมินผล ดังภาพที่ 1

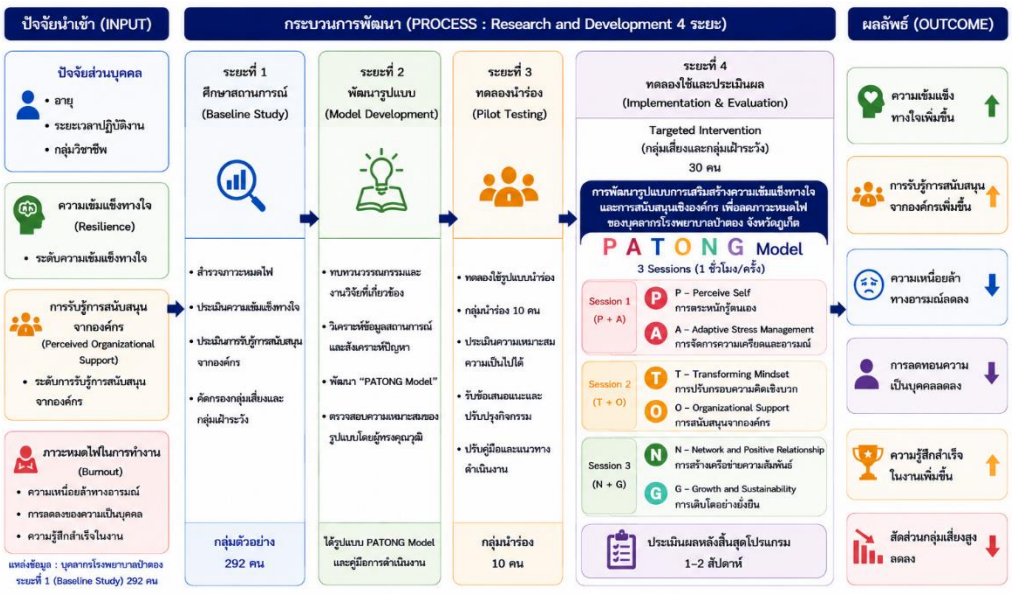
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยระยะที่ 1 คือ บุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จำนวน 376 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 194 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลป่าตองมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2569 และ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากระดับคะแนนภาวะหมดไฟที่ประเมินได้จากระยะที่ 1 ดังนี้:

ระยะที่ 3 (กลุ่มนำร่อง): คัดเลือกบุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ จำนวน 10–15 คน เพื่อทดลองนำร่องและปรับปรุงรูปแบบกิจกรรม

ระยะที่ 4 (กลุ่มทดลองหลัก): คัดเลือกบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเฝ้าระวังภาวะหมดไฟ จำนวน 30 คน เพื่อทดลองใช้รูปแบบและประเมินประสิทธิผล

โดยมีเกณฑ์การคัดออกเพิ่มเติม ได้แก่ ผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด ถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการ หรือแสดงความจำนงขอยุติการเข้าร่วมโครงการ



ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนา (Process : Research and Development 4 ระยะ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยการทำงาน ประเมินปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ, อายุ, การศึกษา, ตำแหน่ง, อายุงาน, รายได้) และปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน (ความเพียงพอของค่าตอบแทน, คุณค่าในงาน, สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน, ความสมดุลของงาน,การสนับสนุนจากผู้บริหาร)

2.แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ) ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg[7,8] วัด 3 ด้าน คือ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการปัญหา

3.แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach Burnout Inventory: MBI) ฉบับภาษาไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จำนวน 22 ข้อ ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (EE) การลดทอนความเป็นบุคคล (DP) และความรู้สึกสำเร็จในงาน (PA)

4.แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived Organizational Support Scale :POS) ประยุกต์เครื่องมือของพันทิป[19] เป็นมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 31 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ เวลา และเทคโนโลยี

5.รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กร เพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง “PATONG Model” พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาสถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ *Perceive Self (P), Adaptive Stress Management (A), Transforming Mindset (T), Organizational Support (O), Network and Positive Relationship (N) และ Growth and Sustainability (G)*

การดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้:

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ภาวะหมดไฟ ความเข้มแข็งทางใจ และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยจำนวน 292 คน ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ นำผลลัพธ์จากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนารูปแบบ “PATONG Model” และคู่มือการดำเนินงาน พร้อมตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 ทดลองนำร่อง ใช้รูปแบบกิจกรรมกับบุคลากรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสม นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 4 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล นำรูปแบบ “PATONG Model” ฉบับปรับปรุงแก้ไขแล้ว มาทดลองใช้จริงกับบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเฝ้าระวังภาวะหมดไฟ จำนวน 30 ดำเนินกระบวนการในลักษณะกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ภายในครึ่งวัน (ภาคบ่าย) ประกอบด้วย 3 แผนการเรียนรู้หลัก คือ

Session 1 (P+A) : การตระหนักรู้ตนเองและการจัดการความเครียด (Perceive Self with Adaptive Stress Management)

Session 2 (T+O) : การปรับกรอบความคิดเชิงบวกและการสนับสนุนจากองค์กร (Transforming Mindset with Organizational Support)

Session 3 (N+G) : การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์และการเติบโตอย่างยั่งยืน (Network and Positive Relationship with Growth and Sustainability)

ทำการประเมินประสิทธิผลเปรียบเทียบก่อน (Pre-test) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมภายใน 1–2 สัปดาห์ (Post-test) โดยใช้เครื่องมือวัดชุดเดียวกับระยะที่ 1 เพื่อความเที่ยงตรงของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระดับความเข้มแข็งทางใจ ภาวะหมดไฟในการทำงาน และการรับรู้การสนับสนุนเชิงองค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้การสนับสนุนเชิงองค์กร และภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้ Pearson's correlation coefficient และประเมินผลของรูปแบบ "PATONG Model" โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ น้อยกว่า 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เลขที่ PKPH 012/69 ลงวันที่ 24 เมษายน พ.ศ.2569 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA) ครอบคลุมทั้งขั้นตอนการขอความยินยอม การจัดเก็บรักษาข้อมูล และการจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ภาวะหมดไฟ ความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้การสนับสนุนเชิงองค์กร และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในระยะนี้ทั้งหมด 292 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.8 อายุเฉลี่ย 36 ปี (19-59 ปี) ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12 ปี (6 เดือน – 38 ปี) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 32,000 บาท (8,000-120,000) สถานะภาพโสด ร้อยละ 62.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.1 ตำแหน่งงานพยาบาล/สายวิชาชีพอื่นๆ,กลุ่มสนับสนุนบริการ/บริหาร/อื่นๆ, นักวิชาการสาธารณสุข/ผู้ช่วยเหลือสายวิชาชีพ และ แพทย์/ทันตแพทย์ /เภสัช ร้อยละ 32.9,29.8 ,25.7 และ 11.6 ตามลำดับ

ด้านการทำงานพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาระงานเหมาะสมร้อยละ 63.4 สามารถจัดการงานได้ด้วยตนเองร้อยละ 80.8 รู้สึกว่างานที่ทำมีคุณค่าร้อยละ 64.7 มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานร้อยละ 76.7 รับรู้ว่าได้รับผลตอบแทนเทียบกับงานระดับเหมาะสม ร้อยละ 55.5 และรับรู้ว่าผู้บริหารให้การสนับสนุนในระดับเหมาะสมร้อยละ 70.2

ผลการประเมินความเข้มแข็งทางใจ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.3 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 27.7 มีคะแนนเฉลี่ยรวม 63.76±8.00 คะแนนโดยด้านความทนต่อแรงกดดันมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ตามลำดับ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่าความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.4 การลดทอนความเป็นบุคคลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงร้อยละ 60.9 และความรู้สึกสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.9

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (3.68±0.58) โดยด้านบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการบริหาร

จัดการและด้านวัสดุอุปกรณ์ ขณะที่ด้านงบประมาณและด้านเทคโนโลยีอยู่ในระดับปานกลาง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุและระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ขณะที่ภาระงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และการลดทอนความเป็นบุคคล ส่วนความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกสำเร็จในงาน และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (ตารางที่ 1)

เมื่อจำแนกกลุ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ พบว่าบุคลากรร้อยละ 16.8 อยู่ในกลุ่มที่ต้องการการดูแลร้อยละ 54.8 อยู่ในกลุ่มเฝ้าระวัง และร้อยละ 28.4 อยู่ในกลุ่มปกติทั่วไป

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยในการทำงาน กับระดับความเข้มแข็งทางใจ ภาวะหมดไฟ และการสนับสนุนเชิงองค์กร (N = 292)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความเข้มแข็งทางใจ(RQ)	ความอ่อนล้าทางอารมณ์(EE)	การลดทอนคุณค่าในตนเอง(DP)	ความรู้สึกสำเร็จส่วนบุคคล(PA)	การรับรู้การสนับสนุนเชิงองค์กร(POS)
ปัจจัยส่วนบุคคล (p-value)					
- เพศ	0.942	0.067	0.293	0.429	0.352
- สถานภาพสมรส	0.069	0.045*	0.086	0.857	0.083
- ระดับการศึกษา	0.351	0.011*	0.462	0.017*	0.23
ปัจจัยส่วนบุคคลและบริบทงาน (ค่า r)					
- อายุ	0.205**	-0.283**	-0.192**	0.153**	0.017
- ระยะเวลาทำงาน (ปี)	0.150*	-0.188**	-0.116*	0.057	0.071
- รายได้รวมต่อเดือน	0.032	-0.083	0.044	-0.079	-0.017
ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน (ค่า r)					
- ความรู้สึกต่อภาระงาน	0.063	0.246**	0.340**	-0.178**	-0.196**
- ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	0.175**	-0.240**	-0.310**	0.260**	0.244**
- ความรู้สึกต่อการจัดการงาน	0.101	0.186**	0.156**	-0.116*	-0.182**

(หมายเหตุ: ปัจจัยเชิงกลุ่มวิเคราะห์ด้วย F-test / t-test โดยแสดงค่า p-value, ปัจจัยเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย Pearson's Correlation โดยแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ r และ p-value)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจ ภาวะหมดไฟในการทำงานและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (n=292)

ตัวแปร	ความเข้มแข็งทางใจ	ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์	การลดทอนความเป็นบุคคล	ความรู้สึกสำเร็จในงาน	การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร
ความเข้มแข็งทางใจ	1.000	−0.598***	−0.439***	+0.527***	+0.294***
ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์	−0.598***	1.000	+0.715***	−0.746***	−0.436***
การลดทอนความเป็นบุคคล	−0.439***	+0.715***	1.000	−0.651***	−0.418***
ความรู้สึกสำเร็จในงาน	+0.527***	−0.746***	−0.651***	1.000	+0.400***
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	+0.294***	−0.436***	−0.418***	+0.400***	1.000

*หมายเหตุ: *** $p<0.001$ สำหรับทุกคู่*

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลัก พบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (r=-0.598, p<0.001) และการลดทอนความเป็นบุคคล (r=-0.439, p<0.001) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสำเร็จในงาน (r=0.527, p<0.001) และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (r=0.294, p<0.001) ขณะที่การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟทุกมิติ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสำเร็จในงาน (r=0.400, p<0.001) (ตารางที่ 2)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ จากผลการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้พัฒนารูปแบบ“PATONG Model” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง (Perceive Self: P) การจัดการความเครียด (Adaptive Stress Management: A)การปรับกรอบความคิดเชิงบวก (Transforming Mindset: T) การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support: O) การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์เชิงบวก (Network and Positive Relationship: N) และการเติบโตอย่างยั่งยืน (Growth and Sustainability: G)

ระยะที่ 3 การทดลองนำร่อง ผลการทดลองนำร่องในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจำนวน 10 คน พบว่าผู้เข้าร่วมสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบถ้วน มีความเข้าใจเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงลำดับกิจกรรมและคู่มือการดำเนินงานก่อนนำไปใช้จริงในระยะประเมินผล

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ ภายหลังการดำเนินกิจกรรมตาม“PATONG Model” ในบุคลากรกลุ่มที่ต้องการการดูแล(เสี่ยงสูง)และกลุ่มเฝ้าระวัง (เสี่ยงปานกลาง) จำนวน 30 คน พบว่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และความรู้สึกสำเร็จในงานเพิ่มขึ้น ขณะที่คะแนนความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และการลดทอนความเป็นบุคคลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมาก (Cohen's d = 1.051–1.458) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2นอกจากนี้ จำนวนผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องการการดูแลลดลงจากร้อยละ 63.3 เหลือร้อยละ 16.7 ขณะที่กลุ่มปกติทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 36.7 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อ “PATONG Model”โดยรวมอยู่ในระดับมาก (3.76±0.72) โดยด้านเนื้อหาและกิจกรรมได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านกระบวนการดำเนินกิจกรรม และด้านประโยชน์ที่ได้รับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง ส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปกติถึงสูง และมีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับสูง ขณะที่ยังพบกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ ร้อยละ 16.8 และกลุ่มเฝ้าระวัง ร้อยละ 54.8 สะท้อนว่าบุคลากรยังเผชิญแรงกดดันจากภาระงานและบริบทการให้บริการในพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีความซับซ้อนและมีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ผลการศึกษายืนยันว่าความเข้มแข็งทางใจและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน[6,9,10,14] โดยความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และการลดทอนความเป็นบุคคล และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสำเร็จในงาน ซึ่งการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟทุกมิติ[11,12,13]และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พญ.เหมือนแพร บุญล้อม[18] และงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ที่รายงานว่าความสามารถในการฟื้นตัวจากความเครียดและการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุข[6,9,10,12,13,14,15,16,17] เมื่อพิจารณาปัจจัย

ที่เกี่ยวข้อง พบว่าอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และความรู้สึกต่อภาระงาน มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ภาวะหมดไฟ และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ล้วนมีบทบาทต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคลากร โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กรและการรับรู้คุณค่าในงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะหมดไฟ

ผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนเชิงองค์กร เพื่อลดภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต “PATONG Model” แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการปัจจัยระดับบุคคลและระดับองค์กรสามารถลดภาวะหมดไฟได้อย่างมีประสิทธิผล ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม บุคลากรมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่คะแนนความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และการลดทอนความเป็นบุคคลลดลง และความรู้สึกสำเร็จในงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมากทุกตัวแปร นอกจากนี้ กลุ่มที่ต้องการการดูแล(เสี่ยงสูง) ลดลงจากร้อยละ 63.3 เหลือร้อยละ 16.7 และกลุ่มปกติทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 36.7 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลลัพธ์ดังกล่าว อาจอธิบายได้จากองค์ประกอบของ “PATONG Model”ที่ครอบคลุมทั้งการตระหนักรู้ตนเอง การจัดการความเครียด การปรับกรอบความคิดเชิงบวก การส่งเสริมการสนับสนุนจากองค์กร การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ และการส่งเสริมการเติบโตอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของ Eisenberger[11] และแนวคิดการกำหนดตนเองของ Deci และ Ryan[20] ที่อธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรและการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และแรงจูงใจในการทำงาน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest–posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การศึกษา นอกจากนี้ การติดตามผลในระยะสั้นเพียง 1–2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม และการดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว อาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น อีกทั้งข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากการประเมินตนเอง ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากอคติในการตอบแบบสอบถาม

บุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต ส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปกติ และมีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ยังคงพบกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยความเข้มแข็งทางใจและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบ “PATONG Model” ที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร พร้อมทั้งลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงอาจเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ควรนำ “PATONG Model” ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตบุคลากร โดยบูรณาการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจควบคู่กับการสนับสนุนจากองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวและขยายการศึกษาในหน่วยงานที่มีบริบทแตกต่างกันเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พญ.เหมือนแพร บุญล้อม อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าตอง ผู้ริเริ่มการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ผู้บริหารทุกระดับ และบุคลากรโรงพยาบาลป่าตองทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981;2(2):99-113.
3. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103-11.
4. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med. 2020;283(6):516-29.
5. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2019;171(8):555-67.
6. Nantsupawat A, Kutney-Lee A, Abhicharttibutra K, et al. Exploring the relationships between resilience, burnout, work engagement, and intention to leave among nurses in the context of the COVID-19 pandemic. BMC Nurs. 2024;23:290.
7. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.
8. กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี: RQ พลังสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
9. Ferreira P, Gomes S. The role of resilience in reducing burnout: a study with healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Soc Sci. 2021;10(9):317.
10. Serrao C, Duarte I, Castro L, Teixeira A. Burnout and depression in Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the mediating role of psychological resilience. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(2):636.
11. Eisenberger R, Huntington R, Hutchison S, Sowa D. Perceived organizational support. J Appl Psychol. 1986;71(3):500-7.
12. Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among healthcare workers during COVID-19 and the role of perceived organizational support. JAMA Netw Open. 2021;4(1):e2036469.
13. Zhang X, Zhao K, Liu X, Li C. Does perceived organizational support moderate the relationship between work frustration and burnout among ICU nurses? BMC Nurs. 2023;22:120.
14. นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28:348-59.
15. พัชราภรณ์ สิณัตพัฒนะศุข, ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31:154-63.
16. กิติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล. ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคโควิด-19. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2565;67:240-55.
17. นันทาวดี วรวสุวัส. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):603-13.

18. เหมือนแพร บุญล้อม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟและความเข้มแข็งทางใจของบุคลากรโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2567;38(1):1-15.
19. พันทิป ทิพอาศน์. ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข. 2568;1(1):19-32.
20. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health. Can Psychol. 2008;49(3):182-5.

การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม ในชุมชนสุริยกานต์

Development of health model for Elderly Promotion System for Fall Prevention in Suriyakan Community.

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

สุวรรณี บุญพูนเลิศ[1]
Suwannee Boonpoonlert[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยทำการศึกษาเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 30 คน เชิงคุณภาพคือภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่ม 2) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินการหกล้ม (TUGT) 4) แบบประเมินการลุกขึ้นยืน (FTSST) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบก่อน-หลังด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุ ส่วนมากอยู่ในช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 73.33 (Mean ± SD=64.44 ± 4.19) สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงาน ร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาส่วนมากไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 53.33 อาชีพส่วนมากทำงานบ้าน ร้อยละ 50.00 การพัฒนาระบบประกอบด้วย 5 แนวทาง ดังนี้ 1. สถานีให้ความรู้ด้านการป้องกันการหกล้มผ่านวีดีทัศน์ 2. การฝึกการป้องกันการหกล้มด้วยตนเองผ่านระบบการสอนและติดตามผ่านไลน์ 3. ส่งเสริมช่องทางกิจกรรมการถาม - ตอบคำถามสุขภาพ 4. ส่งเสริมบริการสถานีสุขภาพในชุมชน (fitness center) ด้วยบริการการฝึกด้วยลู่วิ่งไฟฟ้าด้วยอุปกรณ์พยุงในการเดินบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน 5. การประเมินผลลัพธ์ติดตามการทรงตัวโดยนักกายภาพบำบัดอย่างใกล้ชิด จากการทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยลดลงจาก 13.48 วินาที ลดลงเป็น 8.67 วินาที ระยะเวลาการทรงตัว (FTSST) ระยะเวลาเฉลี่ย 12.85 วินาที ลดลงเป็น 8.65 วินาที จากการทดสอบทางสถิติพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P<0.01)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การป้องกันการหกล้ม, ระบบการส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This research was action research aimed to study develop and implement a health promotion system for the elderly to prevent falls in the Suriyakarn Community, Surin Hospital. Study was conducted for 12 months from October 2022 to Sepember 2023. Quantitative sample included 30 elderly people aged 60 and over with a history of fall risk. Qualitative sample included 10 members of the community network that cares for the elderly. The research instruments included 1) open-ended group discussion questions 2) general data collection form 3) falls assessment form (TUGT) 4) standing assessment form (FTSST). The data were analyzed using descriptive statistics and before-and-after comparisons using paired t-test.

The results of the study found that The elderly sample group was mostly female (80.00%). The majority of the sample was 60-64 years old (73.33%) (Mean ± SD = 64.44 ± 4.19). The majority of the marital status was married (60.00%). The majority of the education level was not in school (53.33%). The majority of the occupation was housework (50.00%). The system development consisted of 5 approaches as follows: 1) Fall prevention knowledge station via video 2. Self-training in fall prevention via teaching and monitoring system via LINE 3. Promoting channels for health Q&A activities 4. Promoting community health station services (fitness center) by providing treadmill training services with walking support devices in community

[1] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์

health centers 5. Evaluation of results and close monitoring of balance by physical therapists From the Paired t-test, it was found that the average duration decreased from 13.48 seconds to 8.67 seconds. The balance time (FTSST) average duration decreased from 12.85 seconds to 8.65 seconds. The statistical test found a statistically significant decrease at the .05 level (P<0.01).

Keywords: The elderly, fall prevention, Health promotion system Physical therapists

บทนำ

จากสถานการณ์ของโลกปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจขององค์กรอนามัยโลกพบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด ร้อยละ 10 ของประชากรโลก[1] การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2537 จาก 4 ล้านคน ร้อยละ 6.8 เป็น 10 ล้านคน ร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557 และพบว่าในปีพ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 16.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ร้อยละ 32.1 ในปี 2583[2] ผู้สูงอายุร่างกายจะเกิดกระบวนการเสื่อมของร่างกายความแข็งแรงและสมรรถภาพทางกายลดลง เช่น โครงสร้าง กระดูก กล้ามเนื้อ ระบบประสาทสั่งการ และระบบหายใจ เป็นต้น เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์และอวัยวะในร่างกายจะทำงานได้น้อยลง ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุคนใดเริ่มเข้าสู่กระบวนการเสื่อม แล้วไม่มีการดูแลสุขภาพของตนเองจะทำให้ร่างกายเข้าสู่กระบวนการเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรส่งเสริมสุขภาพเพื่อที่จะชะลอกระบวนการเสื่อมให้เป็นไปอย่างช้าๆ เพื่อที่จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดการเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ส่งผลกระทบให้ความสามารถในการรักษาสมดุลการทรงตัวลดลง ภาวะเสี่ยง การอยู่บ้านลำพัง ทำให้เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มตามมาได้[3] การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันหนึ่งซึ่งทำให้เกิดการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยซ้ำซ้อนความพิการทุพพลภาพ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวและสังคมโดยรวม ผู้สูงอายุบางรายมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายเป็นพิเศษ เช่น ผู้ที่เคยหกล้มมาก่อนแล้ว จะมีความเสี่ยงการหกล้มซ้ำซากได้มากกว่าหรือผู้ที่มีการทรงตัวที่ไม่ดี อุบัติการณ์ของภาวะบาดเจ็บจากการหกล้มของผู้สูงอายุนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ตามลักษณะโครงสร้างประชากรไทยที่นับวันจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงมีผู้ดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อที่จะเพิ่มพูนและฟื้นฟูความสามารถในด้านการทรงตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุโดยวิธีการออกกำลังกายแบบต่าง ๆ เช่น การเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ กายบริหารแบบทั่วไป มวยจีน โยคะ การรำมวย-ไทชิ และการฝึกการทรงตัวด้วยเครื่องมือเฉพาะทาง เป็นต้น[4]

การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ระบบนี้จะมุ่งเป้าไปที่การทรงตัว การฝึกความแข็งแกร่ง การประสานสัมพันธ์และความมั่นใจ เพื่อลดความเสี่ยงของการหกล้มและปรับปรุงความเป็นอยู่โดยรวม[5] โดยเน้นการเสริมสร้างกล้ามเนื้อขาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับความมั่นคงและการเคลื่อนไหว ลดโอกาสที่จะหกล้มและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการฝึกออกกำลังกายที่เน้นการเคลื่อนไหวในด้านของโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความเฉพาะที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กล้ามเนื้อส่วนของรยางค์แขนขาที่ช่วยในการทรงตัว[5] การนำแบบทดสอบ FTSST และ TUG มาใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลของการออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม การทดสอบเหล่านี้บ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการหกล้มที่ลดลง โดยเป็นการทดสอบความแข็งแรงของ

รยางค์ร่างกายส่วนล่างที่แข็งแรงมากขึ้น เพิ่มการทรงตัว และความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว[6]

จังหวัดสุรินทร์ มีอัตราการการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในปี 2564-2566 โดยประมาณ 965.23, 1,534.11 และ 2,128.43 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[7] และ จากข้อมูลของโรงพยาบาลสุรินทร์พบว่า การหกล้มเกิดจากการลื่นสะดุดก้าวพลาดในพื้นราบ ร้อยละ 69.23 และจากพื้นต่างระดับหรือบันได ร้อยละ 8.65 ตามลำดับ[8] การหกล้มของผู้สูงอายุมักรุนแรงและกระทบในระยะยาวมากกว่าคนทั่วไป การบาดเจ็บผู้สูงอายุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลต่อครอบครัวและค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลการรักษาได้ งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้เริ่มต้นการจัดทำโครงการสูงวัยไม่ล้ม ด้วยการฝึกเดินบนลู่วิ่งไฟฟ้าที่มีอุปกรณ์พยุงเดิน ศูนย์สุขภาพชุมชนสุริยกานต์ ชุมชนหนองบัว อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นชุมชนสถานีสุขภาพในการสนับสนุนด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม แต่เนื่องจากในศูนย์สุขภาพชุมชนสุริยกานต์นั้นมีหลายชุมชนซึ่งในด้านของการสนับสนุนอุปกรณ์ในการฝึกเดินโดยลู่วิ่งไฟฟ้ามีข้อจำกัดและการเดินทางมาค่อนข้างจะลำบากไม่สามารถมาด้วยตนเอง และจากสถิติจำนวนของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นปี 2564-2566 มีจำนวน 951 คน, 1,023 คน และ 1,214 คน ตามลำดับ[9]

จากสถานการณ์และความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้มองเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้รู้ทันการป้องกันการหกล้ม และดำเนินการให้ครอบคลุมทุกชุมชนของศูนย์สุขภาพในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยมีการนำเอาเทคโนโลยีมาประสานกับการให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม การออกกำลังกาย การประเมินความเสี่ยงที่จะหกล้ม และมีกำกับติดตามการประเมินผล รวมทั้งการแลกเปลี่ยนกับผู้สูงอายุรายบุคคลเพื่อเป็นการให้ความรู้ผ่านระบบทางไกลร่วมกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา ปัญหา สถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการล้มชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์
3. เพื่อใช้ระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในการแลผู้สูงอายุชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลาในการศึกษา และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 -กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มารับบริการที่หน่วยบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลสุรินทร์ และมีประวัติเสี่ยงต่อการหกล้มภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ คือ ภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เชิงปริมาณ คือผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 30 คน คำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนได้จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง และเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาดตัวอย่าง จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน ดังนี้[29]

$$n \quad \frac{z \quad -\frac{\alpha}{} \quad z \quad -\beta \ ^2\sigma^2}{\Delta^2}$$

แทนค่า

n= จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมดของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และมีปัญหาทางด้านการทรงตัว

α= 0.05

β= 0.2

Difference in means = 4.7

ค่า SD.= 2.6 ค่าการเปลี่ยนแปลงอัตราการหกล้ม

ผลการคำนวณ 29.85 คน ดังนั้นจึงได้ขนาดตัวอย่าง รวม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กระบวนการเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการอบรมทบทวนองค์ความรู้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเพื่อดำเนินการศึกษาผลที่ได้จากกระบวนการผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ ความพึงพอใจ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ จังหวัดสุรินทร์

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แบบคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประเด็นสนทนาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In–depth interview) ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ และ 3) การสังเกต (Observe) ประเด็นการสังเกตเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ จังหวัดสุรินทร์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวคำถามปลายเปิดเชิงพัฒนาทางคุณภาพ ประกอบด้วย ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการล้มในชุมชนสุริยกานต์ จังหวัดสุรินทร์

ชุดเครื่องมือที่ 2 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สัญญาณชีพ โรคประจำตัว

ชุดเครื่องมือที่ 3 แบบประเมินการหกล้ม (TUGT)

ชุดเครื่องมือที่ 4 แบบประเมินการลุกขึ้นยืน (FST)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ชุดเครื่องมือแบบคำถามปลายเปิดการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ จังหวัดสุรินทร์ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตามความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่า (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าถูกต้อง 2 ใน 3 คำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำ จำนวน 3 ท่าน โดยปรับปรุงจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ได้ค่า IOC มากกว่า 0.50 วีดีทัศน์สำหรับการฝึกการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายตามแนวทางรูปแบบการออกกำลังกายของ OTAGO exercise ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาและปรับรูปแบบท่าออกกำลังกายเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คนได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 1 คน อาจารย์ทางการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน การวัดความสามารถในการเดินและการทรงตัว ด้วยแบบประเมินการเดินระยะทาง 3 meters ไป – กลับ (TUGT) และ

การทดสอบการลุกขึ้นยืนและลุกนั่ง 5 ครั้ง (FTSST) แบบทดสอบ FTSST นี้มีความเที่ยงตรงสูงและมีความแม่นยำ เหมาะสมสำหรับการวัดความสามารถในด้านการทรงตัวของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ แบบประเมินการหกล้ม (TUGT) แบบประเมินการลุกขึ้นยืน (FTSST) เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขยอมรับ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม R-studio คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสัญญาณชีพ โรคประจำตัว โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าคะแนน TUGT และ FTSST ก่อน-หลังของการพัฒนาระบบในผู้สูงอายุหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพของการป้องกันการหกล้มเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการศึกษา ด้วยสถิติ Wilcoxon test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ มีการดูแลโดยใช้การรักษาพยาบาลและการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ในด้านการรักษาทางกายภาพบำบัด ในรูปแบบงานประจำ ซึ่งพบปัญหาจากภาระงานในหน่วยบริการที่ต้องให้บริการในหน่วยบริการเชิงรับ ในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อภาระงานในการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้น ปริมาณการดูแลผู้ป่วยมีปริมาณที่เกินกำลังที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ศูนย์สุขภาพชุมชนได้มีการให้บริการโดยการใช้กลไกการติดตามเยี่ยมบ้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม ในชุมชนสุริยกานต์ ด้วยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในการลงติดตามเยี่ยมบ้านในเวลาราชการทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย การใช้งบประมาณในด้านของการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม การดูแลรักษาด้านการบริการทำได้เพียงการให้การรักษาในโรงพยาบาล การเบิกได้เพียงงบการรักษาเท่านั้น ขาดงบประมาณในมิติด้านอื่น การกำหนดบทบาทการดูแลโดยใช้คำสั่งคณะทำงานในภาพโรงพยาบาล และกลุ่มงานในการดูแลคลินิกบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ขาดการทบทวนต่อเนื่อง มีการกำกับและดำเนินงานตามนโยบาย และติดตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์เป็นผู้เร่งรัด และประเมินผลเพื่อผ่านตัวชี้วัดงานประจำและงานยุทธศาสตร์ ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม เน้นด้านการรักษาพยาบาลตามแนวทางเดิม และรักษาพยาบาลตามรูปแบบของงานประจำ มีการทบทวนระบบการป้องกันหารหกล้มตามแนวทางใหม่บ้าง หากทางจังหวัดเชิญประชุมสมนาทบทวนแนวทาง

นานๆครั้ง ในเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน ร้อยละ 80.00 เพศชาย จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 อายุ ส่วนมากอยู่ในช่วง60-64 ปี จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33 รองลงมาอยู่ในช่วง 65-70 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 และ 71-75 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ (Mean ± SD=64.44 ± 4.19) นับถือศาสนาพุทธ ทั้งหมด 30 คน ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงาน/อาศัยด้วยกัน จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมา หม้าย จำนวน 8 คนร้อยละ 26.67 และสถานภาพโสด จำนวน4 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมากไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 รองลงมาประถมศึกษา จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากทำงานบ้าน จำนวน15 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาทำไร่ทำนา จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 รองลงมา ทำสวน จำนวน 3คน ร้อยละ 10.00 และรับจ้างทั่วไป จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในช่วง 23 – 24.90 (น้ำหนักเกิน) จำนวน 16 คนร้อยละ 53.33 รองลงมา น้อยกว่า 18.5 (อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อย) จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 และอยู่ในช่วง 18.5 – 22.90 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ) จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33ตามลำดับ (Mean ± SD=23.00±3.19) โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.67 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 24 คน ร้อยละ 80.00 และ ไขมันในเลือดสูง จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33 ตามลำดับ ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ส่วนมากไม่เคยหกล้ม จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.00 และ มีประวัติเคยหกล้ม จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ การประเมินค่าเฉลี่ยการทดสอบการหกล้ม (TUGT) ส่วนมากได้ระยะเวลา 11 - 20 วินาที (เสี่ยงหกล้มปานกลาง) จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33 รองลงมา มีเวลาเฉลี่ย ≥20 วินาที (เสี่ยงต่อการหกล้มสูง) จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 (Mean ± SD=13.48±1.45) ตามลำดับ การประเมินปัจจัยเสี่ยงการหกล้มค่า (FTSST) ส่วนมาก ≥10 วินาที (เสี่ยงต่อการหกล้ม) จำนวน 28 คน ร้อยละ 93.33 รองลงมา < 10 วินาที (ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม) จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.67 (Mean ± SD=12.85±1.92) ตามลำดับ

2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มผ่านการออกกำลังกายโดยการใช้เทคโนโลยีและการดูแลติดตามต่อเนื่องในชุมชนอย่างใกล้ชิดในชุมชนสุริยกานต์ อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 5 แนวทาง ดังนี้ 1) สถานีให้ความรู้ด้านการป้องกันการล้มผ่านวีดีทัศน์ 2. การฝึกการป้องกันการหกล้มด้วยตนเองผ่านระบบการสอนและติดตามผ่านไลน์ 3. ส่งเสริมช่องทางกิจกรรมการถาม - ตอบคำถามสุขภาพ 4. ส่งเสริมบริการสถานีสุขภาพในชุมชน (fitness center) ด้วยบริการการฝึกด้วยลู่วิ่งไฟฟ้าที่มีอุปกรณ์พยุงในการเดิน โดยจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน 5. การประเมินผลลัพธ์ติดตามการทรงตัวโดยนักกายภาพบำบัดอย่างใกล้ชิด มีรายละเอียดการพัฒนา ดังนี้ ระบบป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการการฝึกออกกำลังกายต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ จึงได้ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายในรูปแบบของแอปพลิเคชันไลน์ (line official : OA line) ที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องกันในการฝึกสัปดาห์ละ 2 วันเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยการส่งเสริมการออกกำลังกายนั้น เป็นการเคลื่อนไหวของรยางค์ของแขน ขาและข้อต่อ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเองตามช่วงการเคลื่อนไหวในรูปแบบ (Isotonic exercise) ร่วมกับการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้าน (Resistance exercise) เน้นการบริหารกล้ามเนื้อส่วนต้นขาด้านหน้า ต้นขาด้านหลัง สะโพกด้านข้าง และข้อเท้า การออก

กำลังกายลักษณะนี้ส่งผลให้สามารถเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อทั้งความแข็งแรง และความทนทานซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านชีวกลศาสตร์ (Biomechanical component) ที่มีอิทธิพลต่อการทรงตัว การคัดกรองความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม การพัฒนาคู่มือการเรียนรู้ พัฒนากิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา อบรมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และพัฒนานวัตกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการปรับสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยในการลงติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน เช่น ราวจับในห้องน้ำ ทางเดิน การจัดทางเดินที่ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม สภาพของพื้นที่ในบ้าน เป็นต้น ในด้านของการออกกำลังกายนั้นส่งผลต่อการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวไปในทางที่ดี ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพื่อป้องกันการหกล้มในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ (line OA) สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุได้ ระบบส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในรูปแบบการออกกำลังกายซึ่งมีสามส่วนคือ 1) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 2) การฝึกการทรงตัว และ 3) การฝึกการประสานสัมพันธ์ร่างกายและความคล่องตัวโดยได้มีการปรับท่าออกกำลังกาย จากการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่ต่อเนื่องกันมากกว่า3 วันต่อสัปดาห์และต่อเนื่องในการศึกษามีการติดตามผล 3 เดือนพบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีรูปแบบการเดินที่ดีและ กล้ามเนื้อขาที่แข็งแรงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลที่ดีขึ้นในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ลดลง การฝึกการเดินด้วยลู่วิ่งไฟฟ้าที่มีอุปกรณ์ช่วยในการพยุงเดินเป็นระยะเวลา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ระยะเวลาการฝึกที่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเพิ่มความเร็วในการเดิน ความยาวการก้าวเดินและความสามารถทรงตัว ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนได้ ทันทีหลังทำการฝึกครบกำหนด 12 ครั้ง และเมื่อติดตามผล 6 เดือนหลังหยุดฝึกไปแล้วก็พบว่าผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มได้รับการฝึกมีการทรงตัวที่ดีเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำแอปพลิเคชันไลน์ (line OA) สำหรับการออกแบบเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และให้ผู้สูงอายุได้หันมาสนใจทางด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นและลดการเดินทาง สามารถฝึกการออกกำลังกายที่บ้านได้

3. ผลของการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์

ภายหลังการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ดัชนีมวลกาย ส่วนมากมีค่าดัชนีมวลกาย 18.5 – 22.90 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา 23 – 24.90 (น้ำหนักเกิน) จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.00 และ น้อยกว่า 18.5 (อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อย) จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 (Mean ± SD=20.01±4.73) ตามลำดับ ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน พบว่า ส่วนมากไม่เคยหกล้ม จำนวน 29 คน ร้อยละ 96.67 และ เคย จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.33 การประเมินค่าเฉลี่ยการทดสอบการหกล้ม (TUGT) พบว่า ส่วนมากมีค่าน้อยกว่า 10 วินาที (ปกติ) จำนวน 21 คน ร้อยละ 70.00 รองลงมามากกว่า 20 วินาที (เสี่ยงต่อการหกล้มสูง) จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 และ 11 - 20 วินาที (เสี่ยงหกล้มปานกลาง) จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 (Mean ± SD=8.67±2.56) การประเมินปัจจัยเสี่ยงการหกล้มค่า (FTSST) ส่วนมาก น้อยกว่า 10 วินาที (ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม) จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33 และ มากกว่า 10 วินาที (เสี่ยงต่อหกล้ม) จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 (Mean ± SD=8.65±2.28) ตามลำดับ ผลของการทดสอบคะแนนเฉลี่ยจากการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ระยะเวลาค่าเฉลี่ยการทดสอบการหกล้ม (TUGT) ระยะเวลา

การเดินเฉลี่ยระยะทาง 3 เมตร ไป-กลับ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย ลดลงจาก 13.48 วินาที ลดลงเป็น 8.67 วินาที จากการทดสอบพบว่าภายหลังการพัฒนาระบบส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P=0.008)การทดสอบระยะเวลาการทรงตัว (FTSST) ในผู้สูงอายุมีระยะเวลาเฉลี่ยของการทดสอบการลุก-นั่ง จำนวน 5 ครั้ง พบว่าเวลาเฉลี่ย 12.85 วินาที ลดลงเป็น 8.65 วินาที จากการทดสอบพบว่าภายหลังการพัฒนาระบบส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในชุมชนทำให้ระเวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , (P=0.002)

ผลของการทดสอบคะแนนเฉลี่ยจากการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ระยะเวลาค่าเฉลี่ยการทดสอบการหกล้ม (TUGT) ระยะเวลาการเดินเฉลี่ยระยะทาง 3 เมตร ไป-กลับ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย ลดลงจาก 13.48 วินาที ลดลงเป็น 8.67 วินาที จากการทดสอบพบว่าภายหลังการพัฒนาระบบส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , p=0.008 การทดสอบระยะเวลาการทรงตัว (FTSST) ในผู้สูงอายุมีระยะเวลาเฉลี่ยของการทดสอบการลุก-นั่ง จำนวน 5 ครั้ง พบว่าเวลาเฉลี่ย 12.85 วินาที ลดลงเป็น 8.65 วินาที จากการทดสอบพบว่าภายหลังการพัฒนาระบบส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในชุมชนทำให้ระเวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , p=0.002 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนสุริยกานต์ ระหว่างระยะเวลาค่าเฉลี่ยการทดสอบการหกล้มTUGT (วินาที) และระยะเวลาค่าเฉลี่ยการทดสอบการล้ม FTSST (วินาที)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาระบบฯ	หลังพัฒนาระบบฯ	p value
	Mean (Min-Max)	Mean (Min-Max)	
ระยะเวลาค่าเฉลี่ยการทดสอบการล้ม TUGT (วินาที)	13.48 (13.00-13.94)	8.67 (8.08-9.95)	0.008*
ระยะเวลาค่าเฉลี่ยการทดสอบการล้ม FTSST (วินาที)	12.85 (12.22-14.77)	8.65 (7.88-9.82)	0.002*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ มีระบบของการดูแลโดยใช้การรักษาพยาบาลและการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุในรูปแบบงานประจำ ซึ่งพบปัญหาที่พบว่ามีภาระงานที่ค่อนข้างหนักมากเกินไป และจำนวนประชาการผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น ส่งผลทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ศูนย์สุขภาพชุมชนสุริยกานต์ใช้กลไกระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โดยมีทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพระดับชุมชนร่วมในการติดตามการเยี่ยมบ้านในเวลาราชการส่งผลทำให้ภาระงานเพิ่ม

มากขึ้นอีก จากการวิเคราะห์ปัญหาในด้านของจำนวนผู้สูงอายุ รูปแบบการให้บริการเดิม การจัดบริการทางด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการจัดรูปแบบการพัฒนารูปแบบใหม่ซึ่งมีการทบทวนวรรณกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม ครั้งนี้มีการดำเนินการประกอบด้วย 5 แนวทาง ดังนี้ 1) สถานีให้ความรู้ด้านการป้องกันการล้มผ่านวีดีทัศน์ 2. การฝึกการป้องกันการหกล้มด้วยตนเองผ่านระบบการสอนและติดตามผ่านไลน์ 3. ส่งเสริมช่องทางกิจกรรมการถาม - ตอบคำถามสุขภาพ 4. ส่งเสริมบริการสถานีสุขภาพในชุมชน (fitness center) ด้วยบริการการฝึกด้วยลู่วิ่งไฟฟ้าด้วยอุปกรณ์พยุงในการเดินในหน่วยบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน 5. การประเมินผลลัพธ์การติดตามการทรงตัวโดยนักกายภาพบำบัดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเบื้องต้นเป็นการออกแบบระบบสำหรับการฝึกการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการการฝึกออกกำลังกายต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ จึงได้ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายในรูปแบบของแอปพลิเคชันไลน์ (Official line) ที่ต่อเนื่องกันในการฝึกสัปดาห์ละ 2 วันเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการออกกำลังกายนั้น เป็นการเคลื่อนไหวของรยางค์แขน ขาและข้อต่อ ด้วยตนเองตามช่วงการเคลื่อนไหวในรูปแบบ (Isotonic exercise) ร่วมกับการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้าน (Resistance exercise) เน้นการบริหารกล้ามเนื้อส่วนต้นขาด้านหน้า ต้นขาด้านหลัง สะโพกด้านข้างและข้อเท้า การออกกำลังกายลักษณะนี้ส่งผลให้สามารถเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อทั้งความแข็งแรง และความทนทานซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านชีวกลศาสตร์ (Biomechanical component) ที่มีอิทธิพลต่อการทรงตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน (2564) ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัว และความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยทำกิจกรรมฝึกออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีผลต่อการทรงตัวและความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยปรับการฝึกตามโปรแกรมจากระดับง่ายไประดับยาก โดยฝึกออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกมีพัฒนาการทรงตัว ลดภาวะการกลัวการหกล้มได้ เนื่องจากการฝึกการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องส่งผลต่อการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวสามารถทำได้ดีมากขึ้น ในการศึกษามีการการพัฒนาระบบส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในรูปแบบการออกกำลังกายซึ่งมี 3 ส่วน คือ 1) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 2) การฝึกการทรงตัว และ 3) การฝึกการประสานสัมพันธ์ร่างกายและความคล่องตัวโดยได้มีการปรับท่าออกกำลังกายจากการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่ต่อเนื่องกันมากกว่า3 วันต่อสัปดาห์และต่อเนื่องในการศึกษามีการติดตามผล 3 เดือนพบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีรูปแบบการทรงตัวที่ดีขึ้น และกล้ามเนื้อขาที่แข็งแรงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลที่ดีขึ้นในระยะยาวซึ่งจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ลดลง จึงสามารถนำไปใช้เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มต่อได้ การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในชุมชนโดยการฝึกโปรแกรมการเดินด้วยลู่วิ่งไฟฟ้าที่มีอุปกรณ์ในการพยุงตัวเป็นระยะเวลา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ระยะเวลาการฝึกที่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเพิ่มความเร็วในการเดิน ระยะการก้าวเดินที่ยาวมากขึ้นและความสามารถในการทรงตัว ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนได้ทันที หลังทำการฝึกครบกำหนด 12 ครั้ง และเมื่อติดตามผล 6 เดือนหลังหยุดฝึกไปแล้ว และในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำแอปพลิเคชันไลน์ (Official line) สำหรับการออกแบบเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้สูงอายุได้หันมาสนใจทางด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และลดการเดินทาง สามารถฝึกการออกกำลังกายที่บ้านได้ด้วยตนเอง เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ การคัดกรองความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม การพัฒนาคู่มือการเรียนรู้ พัฒนากิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา อบรมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และพัฒนานวัตกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และปรับสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย ผลลัพธ์ พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวไปในทางที่ดี ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพื่อป้องกันการล้มในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ (Official line) สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และ ดิษฐพล ใจซื่อ[10] และ สอดคล้องกับการศึกษาของปารีส ผุยพาณิชย์สิริ และคณะ[11] และสอดคล้องกับ ภาริส วงแพทย์ และวันทนียา วัชรีอุดมกาล[12]

ผลของการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ภายหลังการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม พบว่าจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง60-64 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนมากแต่งงานอาศัยด้วยกัน ระดับการศึกษาส่วนมากไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนมากทำงานบ้าน ค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในช่วง 23 – 24.90 (น้ำหนักเกิน) โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ส่วนมากไม่เคยหกล้ม การประเมินค่าเฉลี่ยการทดสอบการหกล้ม (TUGT) ส่วนมากได้ระยะเวลา 11 - 20 วินาที (เสี่ยงหกล้มปานกลาง) การประเมินปัจจัยเสี่ยงการหกล้มค่า (FTSST) ส่วนมาก ≥10 วินาที (เสี่ยงต่อหกล้ม) สอดคล้องกับ ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และดิษฐพล ใจซื่อ[10]ดัชนีมวลกายส่วนมากมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ส่วนมากไม่เคยหกล้ม การประเมินค่าเฉลี่ยการทดสอบการล้ม (TUGT) พบว่าส่วนมากมีค่าน้อยกว่า 10 วินาที (ปกติ) การประเมินปัจจัยเสี่ยงการล้มค่า (FTSST) ส่วนมากน้อยกว่า 10 วินาที (ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม) ผลของการทดสอบคะแนนเฉลี่ยจากการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในชุมชนสุริยกานต์ โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าระยะเวลาค่าเฉลี่ยการทดสอบการล้ม (TUGT) ระยะเวลาการเดินเฉลี่ยระยะทาง 3 เมตร ไป-กลับ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0 .05 การทดสอบระยะเวลาการทรงตัว (FTSST) ในผู้สูงอายุมีระยะเวลาเฉลี่ยของการทดสอบการลุก-นั่ง จำนวน 5 ครั้ง พบว่าเวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดล้องกับ ภาริส วงแพทย์ และวันทนียา วัชรีอุดมกาล[13]

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมจังหวัดทุกฝ่าย และชุมชน บูรณาการงบร่วมกันกับทุกภาคส่วน

2. การจัดโครงการหรือตั้งคณะกรรมการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบในชุมชน รัฐ และเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม

3. การจัดกำลังคน การพัฒนาคนรุ่นใหม่ที่ใช้เทคโนโลยีได้ดี ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และควรส่งเสริมการอบรมด้านเทคโนโลยีสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาในโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่สูงอายุร่วมด้วยที่มีปัญหาทางการใช้เทคโนโลยี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุในชุมชนสุริยกานต์ หัวหน้างานกายภาพบำบัด หัวหน้ากลุ่มงานเวช

กรรมฟื้นฟูหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ให้คำแนะนำและดำเนินโครงการ ตามกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กองกิจการเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2562).โปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อผู้สูงวัยแข็งแรงและกระฉับกระเฉง (พิมพ์ครั้งที่ 2) .สำนักพิมพ์ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
2. Hugo Rosado.et al.(2021). Effects of two 24-week multimodal exercise programs on reaction time, mobility, and dual-task performance in communitydwelling older adults at risk of falling: a randomized controlled trial. BMC Public Health,21:408,1-11.
3. Julious SA. (2004). Sample sizes for clinical trials with Normal data. Statist. Med 23, 1921-1986.
4. Goldberg A, Chavis M, Watkins J, Wilson T. (2012). The five-times-sit-to-stand test: validity, reliability and detectable change in older females. Aging Clin Exp Res, 24(4), 339-44.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2565 จาก file:Downloads/Documents /file20210129131952.pdf.
6. United Nations Development Program Thailand. (2022). Thai Women's Unpaid Care and Domestic Work and the Impact on Decent Employment. 2022.
7. Muangpaisan W. Know the truth and understand the elderly health and dementia. Bangkok: SE-Education; 2016.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุไทย. 2566.
9. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์. รายงานผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลสุรินทร์ 2565.
10. ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และ ดิษฐพล ใจซื่อ (2565).การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4(2), 255-269.
11. ปารีส ผุยพาณิชย์สิริ และคณะ (2564).ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการเดินและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน.วารสารกรมการแพทย์, 46(4):74-80.
12. นิพา ศรีช้าง และ ลวิตรา กำวี. (2560).รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ(อายุ60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564. สำนัก นักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
13. ภาริส วงศ์แพทย์ และ วันทนียา วัชรีอุดมกาล (2559) .ผลจากการฝึกเดินบนสายพานเลื่อนพร้อมการพยุง น้ำหนักตัวกับการฟื้นความสามารถเดินและการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 26(1), 19-23.

ประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานต่อความตั้งใจในการเลิกเสพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เข้ารับการบำบัดแอมเฟตามีน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

The Effectiveness of Community Based Treatment in Drug Rehabilitation on the Intention of Drug Abstinence and Clinical Outcomes among Amphetamine Users in Kosum Phisai, Maha Sarakham

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

พศิษฏ์ เสริมสาย[1] กุญฤดี โง้วศิริ[1] ลิหล่า ศรีพวงเพิด[1] พัชยา ดวงแสนโว[1] สุธิพงษ์ สีสมสอน[1]
Phasit Sermsai[1] Kulrudee Ngowsiri[1] Lila Sriphoungpherd[1] Phatshaya Dungsaenwo[1] Sudtipong Seesomson[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและผลลัพธ์ทางคลินิก ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*power และเลือกตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและแบบบันทึกการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงเปรียบเทียบโดยใช้ Friedman test และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล 3 เดือน พบว่า อัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด/ต่อวัตถุสิ่งของ/ต่อตนเอง/ต่อผู้อื่นลดลง และอัตราการหยุดเสพยาเสพติดต่อเนื่องลดลง

คำสำคัญ การบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน, ความตั้งใจในการเลิกเสพ, ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare intention to quit substance use, aggressive and violent behavior, and clinical outcomes across three time points - baseline, immediately post-intervention, and at a 3-month follow-up — among participants receiving community-based drug treatment. The sample consisted of 30 individuals enrolled in a community-based drug treatment program, selected through consecutive sampling with sample size calculated using G*Power. Research instruments included the community-based drug treatment model, a personal data questionnaire, an intention-to-quit substance use questionnaire, an aggressive and violent behavior assessment scale, and a urinalysis record for amphetamine detection. Data were analyzed using descriptive statistics, the Friedman test, and the Wilcoxon Signed-Rank Test.

The results revealed that: 1) mean intention-to-quit scores at baseline, post-intervention, and 3-month follow-up differed statistically significantly ($p < .05$); and 2) clinical outcomes across the same three time points demonstrated reductions in rates of verbal, object-directed, self-directed, and other-directed aggressive behaviors, as well as a decline in the rate of sustained abstinence. Overall, the community-

[1] พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

based drug treatment model was effective in increasing intention to quit substance use, reducing aggressive behavior, and supporting continuous abstinence.

Keywords: Community-based drug treatment, Intention to quit, Clinical outcomes

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นภัยร้ายแรง แพร่ขยายวงกว้างและส่งผลเสียหายที่กระทบต่อภาวะสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การเมืองและความมั่นคงทั่วโลก และในปี 2568 มีผู้ใช้ยาเสพติดสูงถึง 296 ล้านคน คิดเป็น 5.60% ของประชาการโลกและคาดการณ์ว่าในปี 2573 อาจสูงถึง 299 ล้านคน[1] รายงานของไทยพบการจับกุมยึดของกลางเป็นแอมเฟตามีน 555.7 ล้านเม็ด เมทแอมเฟตามีน 26,662 กิโลกรัม[2] ส่งผลให้การเสพและการบำบัดพบสัดส่วนเพิ่มจากปี 2567 ถึง 1.2 เท่า[3] แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดในไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบว่าด้านการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน เกิดโรคจิตเวชจากการเสพยาจนนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนตามมาหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม[4] จากนโยบาย “ผู้เสพคือ ผู้ป่วย” กอปรกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านการบำบัดยาเสพติด พ.ศ. 2566-2570 ให้บูรณาการการบำบัดแบบองค์รวม การบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) จึงเป็นอีกหนึ่งแนวคิดเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้ได้รับการบำบัดในชุมชน ทั้งทางการแพทย์และสังคม โดยใช้ศักยภาพและความร่วมมือของชุมชนและภาครัฐ ตามบริบทและวิถีของชุมชนนั้น ๆ โดยร่วมกันค้นหา ชักชวน คัดกรอง บำบัดฟื้นฟูและการติดตามดูแลช่วยเหลือให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และบริบท ถือเป็นเป้าหมายสำคัญที่ทุกภาคส่วนเข้ามาดำเนินการร่วมกัน[3] โดยความร่วมมือของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ปรับแผนการบำบัดให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพิ่มบทบาทให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมใช้กลไกชุมชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่รุนแรงจากการเสพติด ลดการหนีหายจากการบำบัด (drop out) และการเสพซ้ำ (relapse) โดยมุ่งให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติด คงไว้ซึ่งความตั้งใจในการเลิกเสพและติดตามผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายทางคลินิก ประเมินการตอบสนองต่อการบำบัดและวัดความสำเร็จในการดูแล ซึ่งอำเภอโกสุมพิสัยเป็นพื้นที่หนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากยาเสพติด จึงได้พัฒนาต่อยอดการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานมาปรับผสานกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกเสพ เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเลิกเสพยาและลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน หลังได้การดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกด้านพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอัตราการหยุดเสพต่อเนื่องก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน (The One Group Pretest Posttest Design) การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planed Behavior) ของ Ajzen [11] อธิบายพฤติกรรมของบุคคล (Behavior) เกิดจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (Intention to Perform Behavior) รวมทั้งบุคคลเชื่อว่าตนจะปฏิบัติหรือทำกิจกรรมนั้นได้ (Perceived Behavior Control) ซึ่งความตั้งใจของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แสดงให้เห็นถึงการวางแผนที่

จะแสดงพฤติกรรมอย่างมีสติ แนวคิดการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน[6] บูรณาการเชื่อมโยงผู้ป่วย ชุมชน ครอบครัวและผู้ให้บริการ สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

สถานที่ดำเนินการวิจัย คือ ศูนย์บำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx.) อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เข้ารับการบำบัดการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีค่าคะแนนจากการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข[3] (บคก.กสธ.) หรือ V2 จำแนกประเภทอยู่ในกลุ่มผู้ใช้ (ค่าคะแนน V2 = 2-3 คะแนน) และกลุ่มผู้เสพ (ค่าคะแนน V2 = 4-26 คะแนน) ที่เข้ามารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx.) อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเดือนเมษายน - เดือนธันวาคม 2568 จำนวน 57 คน[5]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีค่าคะแนนจากการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข[3] (บคก.กสธ.) หรือ V2 จำแนกประเภทอยู่ในกลุ่มผู้ใช้ (ค่าคะแนน V2 = 2-3 คะแนน) และกลุ่มผู้เสพ (ค่าคะแนน V2 = 4-26 คะแนน) ที่เข้ามารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน[5] อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเดือนเมษายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*power จำนวน 30 คน ใช้การเลือกตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria) ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ใช้และผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ามารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx.) อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระบบสมัครใจ ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาท (รหัสการวินิจฉัยโรค F15.00-F15.07)
3. สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้
5. ไม่มีอาการจากการถอนพิษยา เช่น ปวดหัว หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ จนเป็นอุปสรรคต่อการบำบัด
6. ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
7. ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีภาวะก้าวร้าวในระดับเล็กน้อย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria)

1. มีอาการถอนพิษยาขณะเข้าร่วมการวิจัย
2. มีอาการทางจิตหรือภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงระหว่างการวิจัย
3. ถูกจับดำเนินคดีในระหว่างการดำเนินการวิจัย
4. อยู่ร่วมการวิจัยไม่ครบกำหนด
5. มีภาวะก้าวร้าวในระดับปานกลางถึงรุนแรง
6. ตรวจพบการตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการ คือ รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข[6]

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) มีจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงจากแบบรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บสต.)[3] จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำและแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน สารเสพติดที่ใช้ร่วมกับแอมเฟตามีน จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัด บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย 30 วันก่อนเข้ารับการบำบัด ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน และสาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด[7] มีคำถามจำนวน 13 ข้อ (เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 4, 5, 9, 11, 12, 13 และข้อความเชิงลบจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10) การให้คะแนนแบบตัวเลขจาก 1-4 ตามลำดับความเป็นบวกและลบ การแปลผล คะแนนรวมอยู่ในระดับช่วงตั้งแต่ 13-42 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดสูง คะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS) พัฒนาโดยโยดอฟสกี้และคณะ[8] โดยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทย[9] เป็นแบบประเมินโดยใช้ผู้สังเกตการณ์ที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและลงคะแนนในแบบประเมิน แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด โดยให้คะแนน 1-4 คะแนน 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง โดยให้คะแนน 2-5 คะแนน 3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น โดยให้คะแนน 3-6 คะแนน และ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของโดยให้คะแนน 1-6 คะแนน และในแต่ละด้านจะนำข้อที่มีน้ำหนักคะแนนมากที่สุดมาคิดคะแนน และนำคะแนนแต่ละด้านมารวมกันเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 1-7 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย 8-14 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง และ 15-21 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการตรวจหาสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ[10] เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 2 ข้อ คือ ผลการตรวจแสดงผล 1 ขีด (พบแถบสีม่วงแดงขึ้น 1 ขีด ที่ตำแหน่งควบคุม (C)) หมายถึง พบแอมเฟตามีนในปัสสาวะ และผลการตรวจแสดงผล 2 ขีด (พบแถบสีม่วงแดงขึ้น 1 ขีด ที่ตำแหน่งควบคุม (C) และตำแหน่งทดสอบ (T)) หมายถึง ไม่พบแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โดยระดับความไวในการตรวจ (Cut-off) อยู่ที่ 1,000 นาโนกรัม/มิลลิลิตร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข[3] แบบสอบถามส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและอ้างอิงจากแบบรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บสต.)[3] ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด[7] ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว[8,9] (Overt Aggression Scale: OAS) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) มาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยมาใช้โดยไม่ได้ทำการดัดแปลงจึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แต่ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2-4 เท่ากับ .86, .91 และ .81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพและพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลัง และระยะติดตามผล 3 เดือน วิเคราะห์โดยใช้ Friedman Test และ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ได้รับการรับรองและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 4/2567 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลพบว่า ด้านข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 80% อายุเฉลี่ย 33.7 ปี (SD = 8.14) สถานภาพโสด 66.7% เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา 73.4% อาชีพรับจ้าง 56.7% รายได้เฉลี่ย 6,083.33 บาท (SD = 5744.68) ใช้แอมเฟตามีนอย่างเดียว 90% ใช้ร่วมกับกัญชา 10% เข้าบำบัดครั้งแรก 60% อาศัยอยู่กับบิดามารดา 23.3% สัมพันธภาพในครอบครัวราบรื่น 63.3% เสพยาเพราะความอยากลอง 63.3%

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ($n < 50$) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติในกลุ่ม non-parametric คือ Friedman Test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีผลต่างของค่าเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบทางสถิติแบบเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (n = 30 คน)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	Mean	SD	Median	IQR	Z	p-value (2-tailed)
ความตั้งใจในการเลิกเสพ	ก่อนทดลอง	2.41	.18	2.38	.23	-0.629[b]	.529
	หลังทดลอง	2.44	.14	2.46	.23	-2.931[b]	.003*
	ติดตาม 3 เดือน	2.56	.20	2.53	.31	-2.264[b]	.024*

* < .05, b. Based on Negative Ranks

จากตารางที่ 1 พบว่า ความตั้งใจในการเลิกเสพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 2.41, SD = .187) หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยความตั้งใจในการเลิกเสพหลังการทดลองเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 2.44, SD = .148) และระยะติดตามผล 3 เดือนเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.55, SD = .203)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและอัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และการหยุดเสพต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน (n = 30 คน)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล 3 เดือน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง						
- การก้าวร้าวทางคำพูด	18	60	16	53.3	11	36.7
- การก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ	11	36.7	3	10	0	0
- การก้าวร้าวต่อตนเอง	5	16.7	0	0	0	0
- การก้าวร้าวต่อผู้อื่น	10	33.3	0	0	0	0
2. การหยุดเสพต่อเนื่อง	0	0	29	97.7	23	76.7

จากตารางที่ 2 แสดงผลด้านผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดลดลง (60%, 53.3%, 36.7%) การก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของลดลง (36.7%, 10%, 0%) การก้าวร้าวต่อตนเองลดลง (16.7%, 0%, 0%) การก้าวร้าวต่อผู้อื่นลดลง (33.3%, 0%, 0%) และพบว่าผลการตรวจไม่พบแอมเฟตามีนในปัสสาวะในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนทดลอง 97.7%, 76.7% ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสพยาเสพติดเพราะความอยากลอง 63.3% และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 80% อายุเฉลี่ย 33.7 ปี (SD = 8.14) ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน และพบว่าเป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นครั้งแรกถึง 60% จึงอาจส่งผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติดโดยเด็ดขาดนั้นยังอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวด้วยอาชีพรับจ้าง ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งถือว่ามีรายได้ที่เพียงพอกับการดำเนินชีวิต ทั้งนี้นั้น ผู้เข้ารับการบำบัดอาจมองว่าปัญหาการเสพยาเสพติดของตนเองยังไม่กระทบต่อตนเองและครอบครัวมากนัก จึงอาจส่งผลให้ให้ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน มีกิจกรรมที่เน้นกระบวนการบำบัดในชุมชน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสร้างความรอบรู้ด้านยาเสพติด รวมทั้งการบูรณาการให้เกิดการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนโดยลดการตีตรา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้นนั้น ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน จึงส่งผลให้ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดในรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน มีข้อดีด้านการเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่ายและได้รับการดูแลร่วมกันอย่างเหมาะสมในบริบทของทุนชุมชนนั้น กระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือผู้ติดยาในชุมชน สร้างรูปแบบการอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจเห็นอกเห็นใจโดยความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของพัฒนพงศ์ คชเสนี และคณะ[12] พบว่าการบำบัดยาเสพติดที่บูรณาการการให้ความรู้ การใช้

ทรัพยากรในท้องถิ่นร่วมกับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดการใช้สารเสพติดและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัสรี คำมูล และสมจิต แดนสีแก้ว[13]; Calleja, M, et al[14] พบว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างแนวทางเพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติด ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักจนเกิดเป็นพลังในการกำหนดวิธีการป้องกันชุมชนให้ห่างไกลจากยาเสพติด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการแก้ไขปัญหายาเสพติดจะแยกปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดออกจากปัญหาของชุมชนไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณา บัวเจริญ และคณะ[15] พบว่าการบำบัดยาเสพติดที่ขาดความร่วมมือจากชุมชนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อความสำสำเร็จในการเลิกเสพยาเสพติดของผู้เขารับการบำบัด

2. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกในการบำบัดผู้ใช้แอมเฟตามีนหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงภาพรวม (พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด, การก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของลดลง, การก้าวร้าวต่อตนเองและการก้าวร้าวต่อผู้อื่น) ทุกด้านลดลงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Luitel, N. P.[16] ที่พบว่าการหยุดใช้แอมเฟตามีนช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพ และในระยะติดตามผล 3 เดือน ยังพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอัตราการหยุดเสพแอมเฟตามีนต่อเนื่องลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกชพร นะราธร[17] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลงได้ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานได้รับการดูแลที่เหมาะสมโดยสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วย มีการติดตามโดย อสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน ครอบคลุมในมิติทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การให้คำปรึกษาและแนะนำการควบคุมอาการอยากยาและการดูแลเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยคงไว้ซึ่งการหยุดเสพแอมเฟตามีนต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ

กล่าวโดยสรุป การวิจัยครั้งนี้สนับสนุนการนำรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนนี้ มีข้อดีด้านการเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้รับการดูแลร่วมกันอย่างเหมาะสมในบริบทของทุนชุมชนนั้น กระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือผู้ติดยาในชุมชน สร้างรูปแบบการอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจโดยความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ผ่านการบำบัดลดลงและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยคงไว้ซึ่งการหยุดเสพอย่างต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ จึงควรนำรูปแบบนี้ไปใช้กับการบำบัดยาเสพติด เพื่อให้ชุมชนปลอดภัยจากยาเสพติด

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ การศึกษานี้มีจุดเด่นที่ สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของปัญหายาเสพติดที่กำลังเผชิญอยู่ณขณะนี้ เป็นการนำนโยบาย ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย มาดำเนินการจริงในเชิงพื้นที่ชัดเจน อีกทั้งยังครอบคลุมการวัดผลลัพธ์หลายมิติพร้อมกัน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านสุขภาพจิตและการตรวจปัสสาวะซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ที่มีความน่าเชื่อถือ

จุดด้อยของการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและมีระยะการติดตามผลสั้น (3 เดือน) และไม่มีกลุ่มควบคุม (Control group) อาจทำให้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากรูปแบบที่นำมาใช้โดยตรงหรือจากปัจจัยภายนอก (Confounding factor) เนื่องจากเป็นการบำบัดในชุมชน ไม่มีการควบคุมตัวแปรแบบเข้มงวดร่วมด้วย

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

(CBTx.) สามารถเพิ่มความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทุกด้านลงอย่างต่อเนื่อง อัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนลดลง กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว อสม. และทีมสหวิชาชีพช่วยเสริมแรงให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถคงพฤติกรรมการหยุดเสพยาต่อเนื่อง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในวัยแรงงานชาย (อายุเฉลี่ย 33.7 ปี) ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นครั้งแรก (60%) ใช้สารเสพติดเพราะความอยากลอง อีกทั้งยังชี้ให้เห็นว่า การค้นหาเชิงรุกในชุมชนสามารถเข้าถึงกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้าสู่ระบบการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เชิงนโยบาย: ควรนำรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานนี้ขยายการบำบัดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อเพิ่มการคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการเลิกเสพ

2. เชิงปฏิบัติการ: ควรจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อลดการตีตราหลังจบกระบวนการบำบัด

3. เชิงการวิจัย: ควรศึกษา 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และขยายเวลาติดตามเพิ่มในช่วง 6-12 เดือน เพื่อวัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชน

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนในชุมชนเกิดจากหลายปัจจัย รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในครั้งนี้ ไม่ได้มีการควบคุมตัวแบบเข้มงวด อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนที่มีอิทธิพลต่อการกลับไปใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มเพื่อน สื่อโซเชียลมีเดียต่าง ๆ หรือกลุ่มผู้ค้าที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน จึงอาจจำเป็นต้องมีการควบคุมตัวแปรดังกล่าวให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่แม่นยำ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยลงได้ด้วยได้รับความอนุเคราะห์จากภาคีเครือข่ายในพื้นที่และทุกหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องอาสาสมัครในชุมชนทุกคน ซึ่งผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). Corruption and economic crime 2023, Annual Report: strengthening cooperation, building integrity. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html
2. กระทรวงยุติธรรม. รายงานประจำปีผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ. 2568. www.oncb.go.th
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยยาเสพติด ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต). 2568. https://antidrugnew.moph.go.th
4. ดนัย อินทรกำแหง. *สถานการณ์ของยาบ้า ไอซ์และสารเสพติดในประเทศไทย*. ใน: รัศมน กัลป์ยาศิริ. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563 (Facts and figures: illegal substances in Thailand 2017-2020). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์. 2563;13-20.
5. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. รายงานผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ พ.ศ. 2568. มหาสารคาม; 2568.
6. สำนักงานเลขานุการคณะคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. นนทบุรี; 2567.
7. วันเพ็ญ อำนาจกิติกร. ปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. เชียงใหม่: เวียงบัวการพิมพ์; 2553.
8. Yudofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The overt aggression scale for the objective rating verbal and physical aggression. American Journal of Psychiatry. 1986;143:35-39.

9. กชพงศ์ สารการ. พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
10. ณัฐพัชร์ บุญมาก และอำไพ หวังวก. การประเมินประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนเชิงคุณภาพและกึ่งปริมาณด้วยหลักการ DRI immunoassay ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติของโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2567;38(3):735-743.
11. Ajzen, I. The Theory of Planed Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50:179-211.
12. พัฒนพงศ์ คชเสนี, สุวัฒนพล สวรรค์ปัญญาเลิศ, สุภัทร ชูประดิษฐ์. รูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดบูรณาการการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด กรณีศึกษาชุมชนเข้มแข็งแห่งหนึ่งในจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):122-133.
13. สุพัสรี คำมูล และสมจิต แดนสีแก้ว. (2562). ผลการวิเคราะห์แนวทางการป้องกันการใช้กัญชาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(3):143-142.
14. Calleja, M. T., Jocson, R. M., Acosta, A. C., Ocampo, M. T. W., Bertulfo, D. J. M., & Hechanova, M. R. M. Examining the impact of community-based behavioral drug treatment: A case study from the Philippines. The Journal of Behavioral Science. 2020;15(2):1-15.
15. สุวรรณา บัวเจริญ ประภัสสร พรหมมา และระพีพร คนเชื้อ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนบ้านสะพานดำ จังหวัดเชียงใหม่, วารสารพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564;35(2):142-157.
16. Luitel, N. P., Baron, E. C., Kohrt, B. A., Komproe, I. H., & Jordans, M. J. D. Prevalence and correlates of depression and alcohol use disorder among adults attending primary health care services in Nepal: A cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2018;18(1):215.
17. กชพร นะราธร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด, วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2569;11(1):113-115.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a Community-Participatory Suicide Prevention and Intervention Model with Multi-Stakeholder Networks in Huai Thap Than District, Sisaket Province

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ณัฐพงษ์ โพธิบุตร[1], พุทธิไกร ประมวล[2],
Nattapong Potibut[1], Putthikrai Pramual[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 2 การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ ระยะที่ 3 การทดลองใช้ และระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน DASS-21 และดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (DMHI) ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Multivariable logistic regression การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยทำงานอาชีพเกษตร ขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเยาวชนหญิงที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าและปัญหาความสัมพันธ์ ซ้ำเติมด้วยภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ครอบครัวเปราะบาง การเข้าถึงบริการที่จำกัด และเครือข่าย อสม. ที่ยังขาดทักษะการคัดกรองและส่งต่อ โดยพบ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ (ORadj = 4.81; 95% CI: 2.02–11.42) และปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยา (ORadj = 0.14; 95% CI: 0.07–0.29) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) พัฒนาทีมนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และโรงเรียน (นสร.) 2) พัฒนาพี่เลี้ยงดูแลด้านสุขภาพจิต (MCATT) 3) พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกัน 4) พัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อ 5) พัฒนาระบบข้อมูล และ 6) การติดตามเยี่ยมเสริมกำลังใจและผลการรักษา หลังการทดลอง นักสุขภาพจิตชุมชนและโรงเรียนมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตายและทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อขยายผลสู่ระดับโรงเรียนและชุมชน พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันและแก้ไข, การฆ่าตัวตาย, ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม, อำเภอห้วยทับทัน

Abstract

This was research and development study aimed to develop a community-participatory suicide prevention and intervention model engaging local multi-stakeholder networks. The research comprised four phases: (1) analysis of the situational context and factors associated with depression; (2) model development and design; (3) implementation; and (4) follow-up and evaluation. The data collection tools used included the DASS-21 assessment form and the Local Community Mental Health Index (DMHI) from the Department of Mental Health Promotion and Development. Data were analyzed using multivariable logistic regression, content analysis, Paired t-test and the independent t-test.

Completed suicides occurred predominantly among working-age women in agriculture, whereas attempts were concentrated among female adolescents experiencing depressive risk and relationship problems, compounded by economic hardship, fragile family relationships, limited service access, and

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยทับทัน

[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

insufficient screening and referral skills among village health volunteers. Two factors were significantly associated with depression: a history of physical and psychological abuse (adjusted OR = 4.81; 95% CI: 2.02–11.42) and psychological protective factors (adjusted OR = 0.14; 95% CI: 0.07–0.29). The model comprised six activities: (1) developing community and school mental health teams; (2) developing mental health mentors (MCATT); (3) strengthening surveillance and prevention; (4) improving treatment and referral pathways; (5) developing the information system; and (6) conducting supportive follow-up visits and treatment monitoring. After implementation, community and school mental health workers showed significantly higher mean scores in knowledge, attitudes toward depression and suicide prevention, and skills in surveillance, screening, and primary assistance than before. When scaled to the school and community levels, post-experiment results indicated that compared to the control group, the experimental group demonstrated a statistically significant decrease in DASS-21 scores and an increase in DMHI scores ($p < 0.05$).
Keywords: prevention and intervention model; suicide; multi-stakeholder network participation; Huai Thap Than District

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลต่อการสูญเสียชีวิตและภาระโรคอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ในกลุ่มอายุ 15–29 ปี[1] นอกจากการสูญเสียชีวิตแล้ว การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายยังก่อภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก โดยการศึกษาในสหรัฐอเมริกาประเมินต้นทุนรวมของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายไว้สูงมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพ[2] ในกลุ่มประเทศรายได้น้อยและปานกลางในเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นที่ตั้งของสัดส่วนการฆ่าตัวตายจำนวนมากของโลก พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย[3] ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม เช่น ความยากจนและหนี้สิน จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในบริบทนี้

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แสดงว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและกระจายไม่เท่ากันในแต่ละภูมิภาค โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงสุดของประเทศ และจังหวัดศรีสะเกษมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ[4] การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับสากลเน้นแนวทางบูรณาการหลายระดับ กรอบของ Mann และ Zalsman ระบุองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจำกัดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย การปรับปรุงการรักษาและดูแลสุขภาพจิต การสร้างเครือข่ายสนับสนุน และการฝึกอบรมผู้เฝ้าระวังในชุมชน[5,6] หลักฐานจากการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในหลายประเทศยุโรปสนับสนุนว่าการแทรกแซงระดับชุมชนแบบหลายระดับสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ แม้ผลจะแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่[7] แนวทาง LIVE LIFE ขององค์การอนามัยโลกได้รวบรวมกลยุทธ์เหล่านี้เป็นคู่มือปฏิบัติระดับประเทศ[8] ทั้งนี้โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการของกองทัพอากาศสหรัฐอเมริกาสามารถลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้[9]

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการที่ดำเนินงานทุกระดับ ประกอบด้วยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงระดับชุมชนด้วยเครื่องมือสองคำถาม การประเมินความรุนแรง การวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การดูแลทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบและการฆ่าตัวตาย และการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง[10] สอดคล้องกับ

แนวทางระดับสากลที่เคลื่อนสู่การป้องกันการฆ่าตัวตายแบบทั้งสังคม (whole-of-society) ที่อาศัยความร่วมมือข้ามภาคส่วน[11] แนวโน้มงานวิจัยร่วมสมัยเน้นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based Participatory Research: CBPR) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้ของผู้ที่เผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันและการเสริมพลังอำนาจ เหมาะสมเป็นพิเศษกับกลุ่มเปราะบาง[12] การศึกษาในชุมชนพื้นเมืองและชุมชนห่างไกลแสดงว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบชุมชนเป็นฐานสามารถสร้างระบบเฝ้าระวังและการพัฒนาที่ชุมชนมีส่วนร่วมและดำเนินการต่อได้เอง[13,14]

อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ชนบทที่มีประชากร 41,162 คน ใน 6 ตำบล ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (ลาว เขมร ส่วย)[15] ปัญหาการฆ่าตัวตายถูกจัดเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 1 ของอำเภอ ข้อมูล พ.ศ. 2562–2568 แสดงอัตราผันผวนระหว่าง 2.36–18.99 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2568 มีผู้เสียชีวิต 5 ราย ใน 5 ตำบล โดยผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยทำงานอาชีพเกษตรกรรม ขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเยาวชนหญิง[15] รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเศรษฐกิจสังคมกับการฆ่าตัวตายในชนบทของภูมิภาคนี้[3] การวิเคราะห์สาเหตุด้วยแผนภูมิก้างปลา (Fish Bone Analysis) ในพื้นที่ พบกลุ่มสาเหตุหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ภาวะซึมเศร้า ปัญหาเศรษฐกิจ การเข้าถึงสารพิษทางการเกษตร) ปัจจัยความสัมพันธ์ ปัจจัยชุมชน ปัจจัยนโยบาย และปัจจัยระบบสุขภาพ (บุคลากรไม่เพียงพอ การขาดทักษะประเมินความเสี่ยงระดับปฐมภูมิ)[15] แม้พื้นที่จะมีจุดแข็งด้านผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง แต่ยังขาดรูปแบบการป้องกันที่เป็นระบบและใช้กรอบ CBPR ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคมของชุมชน[12] การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการป้องกันที่มีรากฐานจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างยั่งยืน เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทปัญหา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) บูรณาการวงจรคุณภาพ PAOR (Plan–Action–Observe–Reflection) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อศึกษาบริบทปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 13 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 187 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธี AIPE[16] โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์จากวิจัยของสุรเดชช ชวะเดช[17] สุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน ได้แก่ สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (เลือก 1 หมู่บ้านต่อตำบล) และสุ่มแบบเป็นระบบในแต่ละหลังคาเรือน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 6 ส่วน (ข้อมูลทั่วไป, ความสัมพันธ์/ความรุนแรงในครอบครัว, ปัจจัยป้องกัน, การสนับสนุนทางสังคม, DASS-21 และการรับรู้/ทัศนคติต่อโรคซึมเศร้า) ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้ที่อำเภออุทุมพรพิสัย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัย

ป้องกันและ DASS-21 เท่ากับ 0.78 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วย Multivariable logistic regression

2. การกำหนดกิจกรรม ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ผ่านกระบวนการ PAOR กลุ่ม ประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ญาติผู้ป่วย และพระภิกษุ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต การประเมินการมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

3. การทดลอง ในตำบลกล้วยกว้าง เพื่อพัฒนาทีมสุขภาพจิต (MT) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อน–หลังได้รับรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ นักเรียนชั้น ม.1–5 อายุ 13–17 ปี สำหรับหลักสูตรนักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.) 62 คน และแกนนำ อสม./CG สำหรับหลักสูตรนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) 62 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ (KR-20) 0.82 ด้านทัศนคติและทักษะ (สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) 0.77 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ด้วย Paired t-test

4. การนำรูปแบบไปขยายผลระดับตำบล โดยตำบลผักไหม ภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรอง DASS-21 ตำบลละ 150 คน สุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน (แบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนรายหมู่บ้าน และสุ่มแบบเป็นระบบ) เครื่องมือเป็นแบบประเมิน DASS-21 และดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (DMHI) ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต [18] วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2025-147 เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาบริบทปัญหา สาเหตุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

บริบทปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชน พบว่า อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ชนบทที่มีโครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจพึ่งพาเกษตรกรรมเป็นหลัก แม้ชุมชนจะมีความเข้มแข็งทางด้านเครือญาติและวัฒนธรรมท้องถิ่น หากแต่ยังคงประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่พบมีหลายประการ อาทิ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ความไม่มั่นคงด้านรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่เปราะบาง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ แม้มีบุคลากรด้านสุขภาพจิตครบถ้วนตามกรอบอัตรากำลัง แต่ยังมีภาระภารกิจด้านสุขภาพจิต ที่มีทั้งปริมาณมากและมีความซับซ้อนสูง ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้การให้บริการเชิงลึกยังไม่ครอบคลุม การใช้เครือข่าย อสม. เข้ามาสนับสนุน แม้ช่วยเสริมการเฝ้าระวังในระดับชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะด้านสุขภาพจิต ทำให้การคัดกรอง การให้คำปรึกษาเชิงลึก และการส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยง ยังไม่เป็นระบบและครอบคลุมเพียงพอ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.78 อายุเฉลี่ย 26.27±16.61 ปี อายุ 16-20 ปี ร้อยละ 45.99 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.13 มัธยฐานรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ร้อย

ละ 4.81 มีสมาชิกป่วยภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.56 มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 34.76 เคยถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ ร้อยละ 24.60 และสมาชิกในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.42

การประเมินภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมิน DASS-21 พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.20 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 65.78 และมีภาวะความเครียด ร้อยละ 31.02 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 13.90 ภาวะวิตกกังวลรุนแรง ร้อยละ 25.13 และมีภาวะเครียดรุนแรง ร้อยละ 5.88 ดังตารางที่ 1 และพบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ (ORadj = 4.81; 95% CI: 2.02–11.42) และปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยา (ORadj = 0.14; 95% CI: 0.07–0.29) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับปัญหาสุขภาพจิตจากการประเมิน DASS-21

ระดับสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า		ภาวะวิตกกังวล		ภาวะความเครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	95	50.80	64	34.22	129	68.98
เล็กน้อย	18	9.63	23	12.30	12	6.42
ปานกลาง	31	16.58	38	20.23	17	9.09
รุนแรง	17	9.09	15	8.02	18	9.63
รุนแรงมาก	26	13.90	47	25.13	11	5.88

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว

ตัวแปรทำนาย	ระดับภาวะซึมเศร้า				Crude OR	Adj OR	95% CI	p-value
	ปกติ		มีภาวะซึมเศร้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. เคยถูกทำร้ายร่างกาย/จิตใจ								0.0002
ไม่เคย	86	60.99	55	39.01	1	1		
เคย ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป	9	19.57	37	80.43	6.43	4.81	2.02-11.42	
2. ปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยา								<0.0001
ระดับไม่ดี	13	19.70	53	80.30	1	1		
ระดับดี	82	67.77	39	32.23	0.12	0.14	0.07-0.29	

หมายเหตุ: *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression*

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

1) การพัฒนาทีมนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และโรงเรียน (นสร.) เป็นการสร้างทีมสุขภาพจิต (Mental Health Team: MT) ในระดับชุมชนและโรงเรียน โดยมีการอบรมพัฒนาความรู้ ปรับทัศนคติ และฝึกทักษะการคัดกรองสุขภาพจิต การประเมินอาการ และการช่วยเหลือเบื้องต้น ทีมนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพทางจิตของประชาชนในชุมชน ส่วนนักสุขภาพจิตในโรงเรียน (นสร.)ทำหน้าที่เป็น "ผู้เฝ้าระวังด่านหน้า"

(gatekeeper) ในการสังเกต คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้นของเพื่อนนักเรียนในโรงเรียน

2) การพัฒนาพี่เลี้ยงดูแลด้านสุขภาพจิต (MCATT) เป็นการยกระดับบุคลากรแกนหลักให้ทำหน้าที่"พี่เลี้ยง" (mentor/coach) กำกับดูแลและหนุนเสริมทีม นสช./นสร. ให้ทำงานได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง เป็นกลไกสร้างความยั่งยืนเชิงวิชาการ ลดการพึ่งพาบุคลากรเฉพาะทางจิตเวชที่มีจำกัดในพื้นที่ และเป็นโครงสร้างรองรับการนิเทศติดตาม (supervision)

3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันที่ดี เป็นการวางระบบคัดกรองเฝ้าระวัง (surveillance screening) โดย MCATT ร่วมกับ อสม. และทีม MT เน้นการคัดกรองเชิงรุกและการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเปราะบาง (เช่น เยาวชนหญิง ผู้มีภาวะซึมเศร้า) ให้ค้นพบผู้เสี่ยงได้เร็วก่อนเกิดเหตุ สอดคล้องกับหลักการจำกัดการเข้าถึงวิธีการและการค้นหากลุ่มเสี่ยงในแนวทางสากล

4) การพัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อ เป็นการจัดระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตและเส้นทางส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (referral system) ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องและการประสานกับระบบบริการของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้เสี่ยงและผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-Hos) ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล (In-Hos) และหลังจากรักษาและส่งต่อผู้ป่วยมาที่บ้าน (Post-Hos) ที่เชื่อมประสานกันเป็นอย่างดี

5) การพัฒนาระบบข้อมูล เป็นการสร้างระบบฐานข้อมูลสำหรับติดตามการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ผลการคัดกรองและการดำเนินงาน ตลอดจนผลการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้กำกับติดตามและตัดสินใจเชิงบริหาร แก้จุดอ่อนเรื่องการนำเทคโนโลยีมาวิเคราะห์ข้อมูลของบุคลากร และหนุนการรายงานที่รับผิดชอบ

6) การพัฒนาระบบการเยี่ยมติดตามผลการรักษา เป็นการติดตามเยี่ยมเสริมกำลังใจโดย MCATT (coaching & mentoring) ร่วมกับทีม MT และ อสม. เพื่อดูแลต่อเนื่องหลังเกิดเหตุ ป้องกันการกระทำซ้ำ และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้รอดและครอบครัว สอดรับแนวคิดการดูแลภายหลัง (postvention) ดังภาพที่ 1

การพัฒนาแผนผังระบบเฝ้าระวังสุขภาพใจและส่งต่อเชิงรุกของอำเภอห้วยทับทัน ที่ออกแบบเป็น 3 ระยะตามจุดบริการ (Pre–In–Post Hospital) ดังนี้

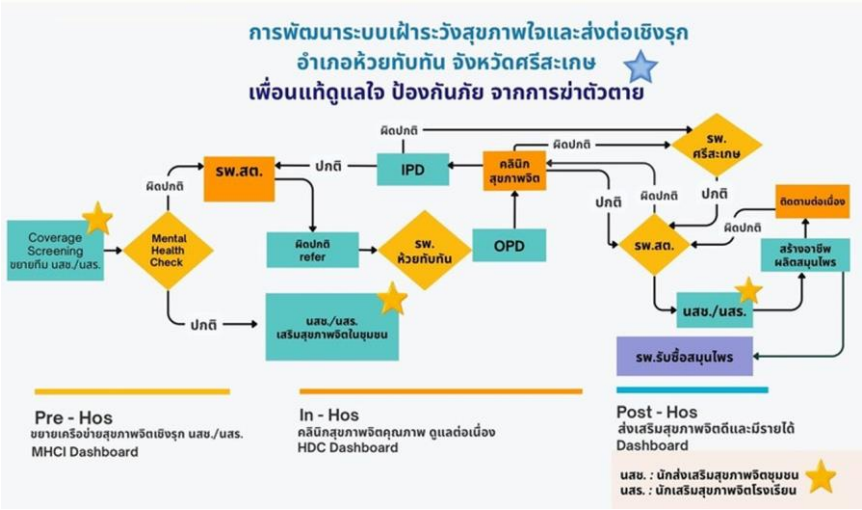
1) Pre-Hospital: ขยายเครือข่ายเฝ้าระวังเชิงรุก เป็นระยะค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในชุมชน เริ่มจากการคัดกรองครอบคลุม (Coverage Screening) โดยทีม นสช./นสร. ที่ขยายลงพื้นที่แล้วเข้าสู่จุดประเมินสุขภาพจิต (Mental Health Check) ผู้ที่ผลปกติจะได้รับกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตในชุมชน ส่วนผู้ที่ผลผิดปกติจะถูกส่งต่อเข้าสู่ รพ.สต. และระบบบริการ เพื่อให้พบผู้เสี่ยงได้เร็วก่อนเกิดเหตุ

2) In-Hospital: คลินิกสุขภาพจิตคุณภาพ ดูแลต่อเนื่อง เป็นระยะการรักษาในระบบบริการ ผู้ที่ผิดปกติไหลผ่าน รพ.สต. สู่ รพ.ห้วยทับทัน โดยแยกเส้นทางตามระดับความรุนแรงเข้าสู่ OPD, IPD หรือคลินิกสุขภาพจิต รายที่ซับซ้อนเกินศักยภาพจะถูกส่งต่อไปยัง รพ.ศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ขณะที่รายที่อาการดีขึ้นจะถูกส่งกลับลงมาตามระบบ (step-down) เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ

3) Post-Hospital: ส่งเสริมสุขภาพจิตดีและมีรายได้ เป็นระยะฟื้นฟูและคืนสู่ชุมชน ผู้ป่วยถูกส่งกลับผ่าน รพ.สต. และทีม นสช./นสร. เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องและป้องกันการกระทำซ้ำ ควบคู่กับการสร้างอาชีพและการผลิตสมุนไพร โดยมีโรงพยาบาลรับซื้อผลผลิตเป็นกลไกเชื่อม จึงเป็นการบูรณาการมิติเศรษฐกิจเข้ากับการฟื้นฟูจิตใจ ซึ่งตอบโจทย์ปัจจัยเศรษฐกิจที่เป็นรากของปัญหาในพื้นที่ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ



ภาพที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพใจและส่งต่อเชิงรุกของอำเภอห้วยทับทัน

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลของการนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ พบว่า ทั้งนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และนักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตาย และทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้นสูงขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.0001$) โดยกลุ่มนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) มีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างใกล้เคียงกัน ได้แก่ ด้านความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.40 คะแนน (Mean diff = 2.40, 95% CI: 1.78–3.03) ด้านทัศนคติเพิ่มขึ้น 5.21 คะแนน (Mean diff = 5.21, 95% CI: 4.33–6.08) และด้านทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มขึ้น 4.98 คะแนน (Mean diff = 4.98, 95% CI: 4.30–5.92) ส่วนกลุ่มนักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.) มีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกด้านเช่นกัน โดยด้านที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านทักษะ เพิ่มขึ้น 6.78 คะแนน (Mean diff = 6.78, 95% CI: 5.87–7.69) รองลงมาคือด้านความรู้ เพิ่มขึ้น 3.52 คะแนน (Mean diff = 3.52, 95% CI: 2.77–4.27) และด้านทัศนคติ เพิ่มขึ้น 1.96 คะแนน (Mean diff = 1.96, 95% CI: 1.29–2.63) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตาย และทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น ของนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และนักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.) ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

ช่วงเวลา	ตัวแปร	หลังทดลอง (n=62)		ก่อนทดลอง (n=62)		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
นักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.)	ความรู้	16.73	2.31	14.32	3.25	2.40	1.78 to 3.03	<0.0001
	ทัศนคติ	14.02	2.74	8.81	2.15	5.21	4.33 to 6.08	<0.0001
	ทักษะ	13.57	2.32	8.59	2.94	4.98	4.30 to 5.92	<0.0001
นักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.)	ความรู้	18.56	2.13	15.04	2.07	3.52	2.77 to 4.27	<0.0001
	ทัศนคติ	13.52	1.74	11.56	2.01	1.96	1.29 to 2.63	<0.0001
	ทักษะ	14.36	2.19	7.58	2.87	6.78	5.87 to 7.69	<0.0001

ผลการวิจัยระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบฯ จากการนำไปขยายผลในระดับตำบล โดยเปรียบเทียบระหว่างตำบลผักไหม (พื้นที่ทดลอง) และตำบลเมืองหลวง (พื้นที่ควบคุม) พบว่าก่อนทดลองฯ ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง คะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) ที่รวมคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด และด้านดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง คะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) ที่รวมคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.24 คะแนน (95% CI: -7.33 to -5.15; $p < 0.0001$) ด้านดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.74 คะแนน (95% CI: 4.03–19.45; $p = 0.0042$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) และดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) หลังพัฒนารูปแบบฯ

ช่วงเวลา	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
หลังทดลอง	ดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21)	47.18	5.31	53.42	4.21	-6.24	-7.33 to -5.15	<0.0001
	ดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI)	88.26	9.12	76.52	11.48	11.74	4.03 to 19.45	0.0042
ก่อนทดลอง	ดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21)	54.36	5.72	55.36	5.41	-1.00	-2.27 to 0.27	0.1209
	ดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI)	70.53	8.42	75.81	6.94	-5.28	-17.54 to 6.68	0.3972

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 บริบทและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาสะท้อนภาพปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเกษตรกรรมชนบทอีสานได้ชัดเจน โดยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยเยาว์ที่มีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ด้อยสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศรายได้น้อยและปานกลางของเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3] และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ใกล้เคียงของจังหวัดศรีสะเกษ[17] ประเด็นที่มีนัยสำคัญเชิงวิชาการคือ การเคยถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเกือบห้าเท่า (ORadj = 4.81) ขณะที่ปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยาในระดับดีลดโอกาสลงอย่างชัดเจน (ORadj = 0.14) ผลทั้งสองทิศทางยืนยันว่าการป้องกันที่ได้ผลต้องดำเนินทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงควบคู่กับการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ตามกรอบการป้องกันแบบหลายองค์ประกอบ[5,6] นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าระดับรุนแรงในสัดส่วนสูง ตอกย้ำความจำเป็นเร่งด่วนของระบบคัดกรองและส่งต่อที่เป็นระบบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของไทย[10] สอดรับกับสถานการณ์ระดับประเทศที่อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[4]

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ รูปแบบที่พัฒนาผ่านกระบวนการ PAOR มีจุดแข็งเชิงทฤษฎีที่สอดรับกับแนวทางสากล กล่าวคือ การพัฒนาทีมนักสุขภาพจิตชุมชนและโรงเรียนให้ทำหน้าที่ผู้เฝ้าระวังด่านหน้า (gatekeeper) เป็นกลยุทธ์ที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุดในการป้องกันการฆ่าตัวตาย[5,6] ขณะที่การวางระบบเฝ้าระวัง การส่งต่อไร้รอยต่อแบบ Pre–In–Post Hospital และการติดตามเยี่ยมเชิง postvention สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานแบบทั้งสังคม (whole-of-society) ที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแลข้ามภาคส่วน[11] จุดเด่นเฉพาะของรูปแบบนี้คือการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการออกแบบ ซึ่งสะท้อนหลักการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่ให้ความสำคัญกับความรู้ท้องถิ่นและการเสริมพลังอำนาจ และมีหลักฐานว่าเหมาะสมเป็นพิเศษกับกลุ่มเปราะบางและชุมชนห่างไกล[12,14] สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคอีสานที่รายงานไว้ก่อนหน้า[19] การบูรณาการมิติเศรษฐกิจ (อาชีพ/สมุนไพร) เข้ากับการฟื้นฟูจิตใจยังเป็นนวัตกรรมที่ตอบโจทย์รากของปัญหาในพื้นที่ ซึ่งปัจจัยเศรษฐกิจเป็นตัวเร่งสำคัญ[(3)]

ระยะที่ 3 การประเมินผลในทีมผู้ปฏิบัติ ผลพบว่าทั้งนักสุขภาพจิตชุมชนและโรงเรียนมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ($p < 0.0001$) สนับสนุนว่าการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้เฝ้าระวังด่านหน้าสามารถยกระดับสมรรถนะได้จริง ตามที่โปรแกรมป้องกันแบบบูรณาการในบริบทอื่นแสดงผลไว้[9,20] ที่น่าสนใจคือกลุ่มโรงเรียนมีพัฒนาการด้านทักษะสูงสุด (เพิ่ม 6.78 คะแนน) ขณะที่ด้านทัศนคติเพิ่มน้อยที่สุด (1.96 คะแนน) ซึ่งอาจอธิบายได้จากคะแนนตั้งต้นด้านทัศนคติที่สูงอยู่แล้ว (ceiling effect) อย่างไรก็ตาม การออกแบบระยะนี้เป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง (one-group pretest–posttest) ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความตรงภายใน เนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงที่พบจึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก เช่น พัฒนาการตามเวลา (maturation) หรือผลจากการทดสอบซ้ำ (testing effect) ควรตีความผลด้วยความระมัดระวัง

ระยะที่ 4 การขยายผลระดับตำบล ระยะนี้มีจุดแข็งเชิงระเบียบวิธีที่สำคัญ คือ ก่อนการทดลอง คะแนน DASS-21 และ DMHI ของตำบลทดลอง (ผักไหม) และตำบลควบคุม (เมืองหลวง) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.1209$ และ 0.3972) ซึ่งยืนยันความเทียบเคียงของคะแนนตั้งต้น (baseline equivalence) ทำให้ผลต่าง

ภายหลังตีความได้ว่ามาจากรูปแบบฯ มิใช่ความแตกต่างที่มีอยู่เดิม ช่วยลดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่พบบ่อยในงานกึ่งทดลองที่ใช้พื้นที่เปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน DASS-21 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ผลต่าง 6.24 คะแนน; $p < 0.0001$) สะท้อนระดับอาการซึมเศร้า–วิตกกังวล–เครียดที่ลดลง ขณะที่ DMHI สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ผลต่าง 11.74 คะแนน; $p = 0.0042$) ทิศทางผลทั้งสองสอดคล้องกับหลักฐานว่าการแทรกแซงระดับชุมชนแบบหลายระดับส่งผลเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตได้[7,9] การที่รูปแบบฯ ส่งผลทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชนเป็นจุดแข็งสำคัญ เพราะแสดงว่ามาตรการมิได้เปลี่ยนแปลงเพียงตัวบุคคล แต่ยกระดับทุนทางสังคมของชุมชนด้วย จึงสนับสนุนการขยายผลในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียง โดยควรระบุหน่วยวิเคราะห์ของ DMHI (ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน) ให้ชัดเนื่องจากต่างจาก DASS-21 ที่วัดระดับบุคคล และควรพิจารณาการติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันความคงทนของผลในการศึกษาต่อไป[21]

ผลการวิจัยสอดคล้องกับหลักฐานสากลที่ว่าการพัฒนาผู้เฝ้าระวังด่านหน้า (gatekeeper) และการแทรกแซงระดับชุมชนแบบหลายระดับช่วยยกระดับสุขภาพจิตได้ จุดแข็งคือคะแนนตั้งต้นของสองตำบลไม่ต่างกัน ทำให้ผลต่างที่พบน่าเชื่อถือว่ามาจากรูปแบบฯ และการบูรณาการมิติเศรษฐกิจเข้ากับการฟื้นฟูจิตใจตอบโจทย์รากของปัญหาในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การประเมินระยะที่ 3 ใช้แบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลังที่ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงตีความเชิงสาเหตุได้จำกัด ควรระบุทิศทางคะแนน DASS-21 และหน่วยวิเคราะห์ DMHI ให้ชัด พร้อมเสริมการติดตามระยะยาวในการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ควรนำรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 6 กิจกรรม ไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าหลังนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มทดลองมีคะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) ต่ำกว่า และดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่ารูปแบบฯ ส่งผลเชิงบวกทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน

2) ควรมุ่งเป้าการดูแลและการคัดกรองไปยังกลุ่มที่เคยถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (ORadj = 4.81) ควบคู่กับการเสริมสร้างปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยาที่พบว่าช่วยลดความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน (ORadj = 0.14) รวมทั้งให้ความสำคัญกับกลุ่มที่พบภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลระดับรุนแรงในสัดส่วนสูง

3) ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว (longitudinal follow-up) เพื่อประเมินผลของรูปแบบฯ ต่ออัตราการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดปลายทางที่สำคัญที่สุดของงานป้องกันการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้วัดผลผ่านตัวชี้วัดระดับกลาง (ความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และดัชนีสุขภาพจิต) การศึกษาที่เชื่อมโยงถึงการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายโดยตรงจะช่วยยืนยันประสิทธิผลที่แท้จริงและให้หลักฐานที่หนักแน่นต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในการขยายผล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความอนุเคราะห์จากนายอำเภอห้วยทับทัน คณะกรรมการ พชอ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลห้วยทับทัน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากร รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา วัด ผู้นำชุมชน อสม. ทีมนักสุขภาพจิตชุมชนและโรงเรียนตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ร่วมขับเคลื่อนจนเกิดผลเป็นรูปธรรม ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA Jr, Silverman MM. Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications. Suicide Life Threat Behav. 2016;46(3):352-62.
3. Knipe DW, Carroll R, Thomas KH, Pease A, Gunnell D, Metcalfe C. Association of socio-economic position and suicide/attempted suicide in low and middle income countries in South and South-East Asia – a systematic review. BMC Public Health. 2015;15:1055.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2566.
5. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064-74.
6. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59.
7. Hegerl U, Maxwell M, Harris F, Koburger N, Mergl R, Székely A, et al. Prevention of suicidal behaviour: results of a controlled community-based intervention study in four European countries. PLoS One. 2019;14(11):e0224602.
8. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021.
9. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. BMJ. 2003;327(7428):1376.
10. Kongsuk T, et al. Services for depression and suicide in Thailand. WHO South-East Asia J Public Health. 2017;6(1):34-38. (โปรดยืนยันชื่อผู้แต่งหลักจาก PubMed — บทนำเดิมอ้างเป็น Udomratn)
11. U.S. Department of Health and Human Services. National Strategy for Suicide Prevention. Washington, DC: HHS; 2024.
12. Kral MJ, Allen J. Community-based participatory action research. In: Jason LA, Glenwick D, editors. Handbook of methodological approaches to community-based research: qualitative, quantitative, and mixed methods. New York: Oxford University Press; 2016. p. 253-62.
13. Cwik MF, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Tingey L, Craig M, et al. Planning for implementation and sustainability of a community-based suicide surveillance system in a Native American community. Implement Sci Commun. 2023;4(1):2.
14. Allen J, Mohatt G, Fok CC, Henry D; People Awakening Team. Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes. Int J Circumpolar Health. 2009;68(3):274-91.
15. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายอำเภอห้วยทับทัน. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน; 2568.
16. Kelley K, Maxwell SE. Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychol Methods. 2003;8(3):305-21.
17. สุรเดชช ชวะเดช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2564;4(1):47-56.
18. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. ดัชนีวัดสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index). กรมสุขภาพจิต. 2567
19. ศิริพร พันธุ์วิเศษ, วิทยา อยู่สุข. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาในภาคอีสาน.

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;30(3):123-35.
20. ประภาส เลิศวิเศษ. การป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน: แนวทางการปฏิบัติสำหรับประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
21. จุฑามาส ชัยสิทธิ์, สุนีย์ ปิยะวงศ์สุข, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลสุขภาพจิต. 2564;9(2):45-58.

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน จังหวัดพัทลุง

Development of a Model to Enhance Traditional Thai Medicine Health Literacy among People in Phatthalung Province

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

พินิจสินธุ์ เพชรมณี[1] เด่นดัง จำเริญ[2]
Pinitsin Petmanee[1] Dendunk Jumroen[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย พัฒนารูปแบบ ประเมินประสิทธิผล และศึกษาผลการขยายรูปแบบในจังหวัดพัทลุง ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน 8,950 คน และบุคลากรระดับอำเภอ 22 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน การถดถอยพหุคูณ การทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแทนครัวเรือนมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 114.87 คะแนน (SD = 27.84) เป็น 148.58 คะแนน (SD = 22.57) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 33.71 คะแนน (95% CI: 33.25–34.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=143.78, p<.001) และมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 4 ด้าน คะแนนพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 2.94 คะแนน (SD = 0.78) เป็น 3.49 คะแนน (SD = 0.69) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.55 คะแนน (95% CI: 0.54–0.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=75.02, p<.001) ก่อนดำเนินงาน ตัวแทนครัวเรือนมีความรอบรู้ระดับสูงร้อยละ 15.88 ภายหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.64 ขณะที่กลุ่มระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 28.23 เหลือร้อยละ 1.85 สำหรับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ผู้ที่มีพฤติกรรมระดับเหมาะสมถึงเหมาะสมมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.69 เป็นร้อยละ 55.75 นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับสื่อ การเข้าร่วมกิจกรรม และการเยี่ยมบ้านมีความครอบคลุมสูงในทุกพื้นที่ โดยมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.84–99.84 ส่วนการใช้ช่องทางออนไลน์และบริการให้คำปรึกษามีความแตกต่างกันตามบริบทและความพร้อมของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ด้านความปลอดภัย พบผู้มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็นจำนวน 1,303 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 และมีผู้จำเป็นต้องส่งต่อจำนวน 463 คน คิดเป็นร้อยละ 5.17 ในจำนวนนี้ส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสำเร็จ 429 คน คิดเป็นร้อยละ 92.66

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย, พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย, การวิจัยและพัฒนา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation and factors associated with traditional Thai medicine health literacy and safe-use behaviors, develop and evaluate the effectiveness of a health literacy enhancement model, and assess its province-wide implementation in Phatthalung. The study was conducted from November 2025 to June 2026 The sample size consisted of 8,950 household representatives and 22 district-level personnel. Data was collected using questionnaires and evaluation forms. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, multiple regression, t-tests, analysis of covariance, and content analysis.

The study results showed that the overall Thai traditional medicine literacy score of the participating households increased from 114.87 points (SD = 27.84) to 148.58 points (SD = 22.57), an average increase of 33.71 points (95% CI: 33.25–34.17), which was statistically significant (t=143.78, p<.001). Scores showed a significant increase in all four areas. The score for safe use of Thai traditional medicine behavior increased

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบรรพต

from 2.94 points (SD = 0.78) to 3.49 points (SD = 0.69), an average increase of 0.55 points (95% CI: 0.54–0.57), which was statistically significant (t=75.02, p<.001) before the intervention. Household representatives demonstrated a high level of consumer literacy, increasing from 15.88% after the implementation of the program to 60.64%. The low level decreased from 28.23% to 1.85%. Regarding safe usage behavior, the percentage of those exhibiting appropriate to very appropriate behavior increased from 27.69% to 55.75%. Furthermore, access to media, participation in activities, and home visits showed high coverage across all areas, ranging from 90.84% to 99.84%. The use of online channels and consultation services varied according to the context and readiness of the population in each area. In terms of safety, 1,303 individuals (14.56%) were found to be at risk of at least one issue, and 463 individuals (5.17%) required referral. Of these, 429 individuals (92.66%) were successfully referred to the service system.

Keywords: health literacy, traditional Thai medicine, safe-use behavior, research and development, village health volunteers

บทนำ

การแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้และระบบบริการสุขภาพที่มีบทบาทครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เภสัชกรรมไทย การนวดไทย การผดุงครรภ์ไทย และการใช้สมุนไพร ภายใต้กฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง[1,2] การแพทย์แผนไทยจึงมิได้เป็นเพียงทางเลือกในการดูแลสุขภาพ แต่ยังเชื่อมโยงกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรในชุมชน และการดูแลสุขภาพระดับครัวเรือนและชุมชน[3,4] อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และข้อมูลสุขภาพ มิได้หมายความว่าประชาชนจะสามารถเลือกใช้การแพทย์แผนไทยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัยเสมอไป โดยเฉพาะในบริบทที่ข้อมูลมีจำนวนมาก หลากหลาย และมีความน่าเชื่อถือแตกต่างกัน[5,6]

ปัจจุบันประชาชนสามารถรับข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการการแพทย์แผนไทยจากหลายแหล่ง ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกครอบครัว สื่อสังคมออนไลน์ ผู้ประกอบการ และการบอกต่อในชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้รับอาจมีความครบถ้วน ความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือแตกต่างกัน ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาจมีข้อจำกัดด้านความรู้ การประเมินข้อมูล และการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน[7,8,9,10] หากประชาชนใช้สมุนไพรหรือการแพทย์ทางเลือกทดแทนการประเมินจากบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเตือนหรือภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย อาจทำให้การมารับบริการ การวินิจฉัย หรือการเริ่มรักษาที่จำเป็นล่าช้า[11,12,13]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประกอบการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม ความสามารถดังกล่าวมิได้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับความชัดเจนของข้อมูล วิธีการสื่อสาร ความซับซ้อนของระบบบริการ การสนับสนุนทางสังคม และโอกาสในการฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์จริง[14,15] เมื่อนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับการแพทย์แผนไทย ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยจึงครอบคลุมความสามารถในการค้นหาแหล่งข้อมูลและบริการที่น่าเชื่อถือ ทำความเข้าใจสรรพคุณ วิธีใช้ ข้อห้าม และข้อควรระวัง ประเมินหลักฐานและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตลอดจนนำข้อมูลไปใช้เลือกบริการหรือผลิตภัณฑ์ สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และขอคำปรึกษาหรือรับการส่งต่อได้อย่างทันท่วงที

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการให้ข้อมูลแบบทางเดียวหรือการบรรยายเพียงอย่าง

เดียวอาจมีข้อจำกัดต่อการพัฒนาทักษะและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมิได้หมายถึงเพียงการรับหรือจดจำข้อมูล แต่ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตลอดจนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพ[6,16] การใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยจึงต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะการค้นหาและประเมินข้อมูล การพิจารณาประโยชน์และความเสี่ยง การตัดสินใจ และการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ[17,18] รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้จึงควรผสมผสานสื่อที่เข้าใจง่าย กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกค้นหาและตรวจสอบข้อมูล การฝึกตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง และการตรวจสอบความเข้าใจ พร้อมทั้งมีระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข อสม. ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติในชีวิตประจำวันและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม[19,20,21]

จังหวัดพัทลุงมีโครงสร้างบริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในระดับเขตสุขภาพ หน่วยบริการ และชุมชน รวมทั้งมีภูมิปัญญาด้านสมุนไพรและเครือข่าย อสม. ที่สามารถนำมาใช้สนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนได้[22,23,24] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารที่เผยแพร่เกี่ยวกับพื้นที่ พบว่างานส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะการใช้สมุนไพร พฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือบริการการแพทย์แผนไทยในบางอำเภอ ขณะที่ยังไม่พบการพัฒนารูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัดที่ครอบคลุมทักษะหลายมิติ และเชื่อมโยงการเรียนรู้กับระบบให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การติดตาม การเฝ้าระวังความเสี่ยง และการส่งต่ออย่างเป็นระบบ[23,24,25] จึงจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย แหล่งข้อมูล ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดพัทลุง

การพัฒนารูปแบบสำหรับใช้ในระดับจังหวัดควรดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำข้อค้นพบมาร่วมออกแบบกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพ และทดลองใช้เบื้องต้น ก่อนประเมินประสิทธิผลด้วยแบบแผนที่สามารถพิจารณาการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มและตามช่วงเวลา[26,27] อย่างไรก็ตาม การประเมินเฉพาะผลลัพธ์ในพื้นที่ทดลองอาจยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจนำรูปแบบไปใช้ในวงกว้าง เนื่องจากผลลัพธ์อาจได้รับอิทธิพลจากความครบถ้วนของการดำเนินงาน กลไกการเปลี่ยนแปลง และบริบทของแต่ละพื้นที่[28] จึงควรประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริงเพิ่มเติม ทั้งด้านความครบถ้วนและความซื่อตรงต่อรูปแบบ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความพึงพอใจ ความปลอดภัย ความครอบคลุม และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ตลอดจนปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของแต่ละพื้นที่[29,30]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชนจังหวัดพัทลุง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และบริบทของพื้นที่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ โมดูลสื่อการเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนจากชุมชน โดยมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยไปใช้ประกอบการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถเลือกใช้บริการยาไทย สมุนไพร และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องได้อย่างรู้เท่าทันและปลอดภัย การดำเนินงานครอบคลุมทั้งการศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ การทดสอบประสิทธิผล และการขยายผลในพื้นที่ 11

อำเภอ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และสามารถประยุกต์ใช้ผ่านหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเครือข่ายชุมชนได้อย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับกำหนดแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ เฝ้าระวังความเสี่ยง และสนับสนุนให้ประชาชนใช้การแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนจังหวัดพัทลุง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชนจังหวัดพัทลุง
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย
4. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้และขยายผลในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและทดสอบประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง และระยะที่ 2 ปรับปรุงและขยายผลรูปแบบในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง พร้อมประเมินผลลัพธ์ กระบวนการดำเนินงาน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของการนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการและชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพัทลุงไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีประสบการณ์ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ใช้ยาไทยหรือสมุนไพร หรือมีความสนใจด้านการแพทย์แผนไทย รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์เชิงปริมาณกำหนดกลุ่มตัวอย่างประชาชนจำนวน 400 คน คำนวณด้วยสูตรของ Cochran โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และเพิ่มจำนวนเพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนและจัดสรรตามสัดส่วนประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดพัทลุงไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้ และมีประสบการณ์ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ใช้ยาไทยหรือสมุนไพร หรือมีความสนใจด้านการแพทย์แผนไทย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีข้อจำกัดด้านการรับรู้หรือการสื่อสาร หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

การศึกษาเชิงคุณภาพคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 24 คน ประกอบด้วย อสม. ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้รู้ด้านสมุนไพร บุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน โดยต้องเป็นผู้มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยและสุขภาพชุมชน สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้ตลอดกระบวนการ หรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและการสื่อสารที่กระทบต่อการให้ข้อมูล

2. พัฒนารูปแบบประกอบด้วยผู้ร่วมออกแบบจำนวน 30 คน ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และประชาชนสำหรับทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้น จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ร่วมออกแบบเป็นตัวแทนประชาชน อสม. บุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้รู้ด้านสมุนไพร หรือผู้นำชุมชนที่มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้อง และสามารถเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบได้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ หรือระเบียบวิธีวิจัย ส่วนผู้ทดลองใช้เบื้องต้นต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย และไม่เป็นผู้เข้าร่วมระยะทดสอบประสิทธิผล เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือประเมินรูปแบบได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด หรือให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

3. การทดสอบประสิทธิผล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดการทดสอบสองทาง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลมาตรฐาน 0.52 และอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง 1:1 ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คนต่อกลุ่ม รวม 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 60 คน โดยคัดเลือกจากพื้นที่ที่มีลักษณะด้านประชากรและระบบบริการใกล้เคียงกัน แต่ไม่อยู่ติดกันเพื่อลดการปนเปื้อนของกิจกรรม ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ทดลองหรือพื้นที่ควบคุม ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่เคยเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบประเมินก่อนและหลังการทดลองได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดด้านการรับรู้และการสื่อสาร หรืออยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมอื่นที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกัน ส่วนเกณฑ์ยุติการเข้าร่วม ได้แก่ ถอนความยินยอม ย้ายออกจากพื้นที่ เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือไม่สามารถเก็บข้อมูลหลังการทดลองได้ครบถ้วน

ระยะที่ 2 การขยายผล

4. ใช้ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในจังหวัดพัทลุงทั้งหมดจำนวน 8,950 คน โดยกำหนดให้ อสม. 1 คนรับผิดชอบตัวแทนครัวเรือน 1 คน จึงมีตัวแทนครัวเรือนจำนวน 8,950 คน ครอบคลุมพื้นที่ 11 อำเภอ และคัดเลือกบุคลากรผู้รับผิดชอบระดับอำเภอแบบเฉพาะเจาะจง อำเภอละ 2 คน รวม 22 คน ตัวแทนครัวเรือนคัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีครัวเรือนที่มีสมาชิกผ่านเกณฑ์ ครัวเรือนละ 1 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อสม. ต้องมีครัวเรือนในความรับผิดชอบและผ่านการเตรียมความพร้อมในการใช้รูปแบบ ตัวแทนครัวเรือนต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบประเมินได้ ส่วนบุคลากรสาธารณสุขต้องมีหน้าที่ประสาน กำกับหรือติดตามการดำเนินงาน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ พ้นสภาพหรือย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ หรือให้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน ประกอบด้วยแผนกิจกรรม คู่มือการดำเนินงาน สื่อการเรียนรู้ แบบฝึกปฏิบัติ และแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ในการถ่ายทอดความรู้ ติดตาม เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และส่งต่อกรณีเสี่ยง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลการทบทวนวรรณกรรม โดยจำแนกตามระยะการวิจัย ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำ ครอบคลุมเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์และความถี่ในการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ยาไทยหรือสมุนไพร แหล่งบริการ แหล่งข้อมูล และประสบการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 48 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านละ 12 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ทำได้ยากมาก ถึง 4 คะแนน หมายถึง ทำได้ง่ายมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 48–192 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงความรอบรู้ระดับสูง แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 48–96 คะแนน ระดับต่ำ 97–144 คะแนน ระดับปานกลาง และ 145–192 คะแนน ระดับสูง

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัย จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมการตรวจสอบแหล่งข้อมูลและผลิตภัณฑ์ การอ่านฉลากและคำเตือน การตรวจสอบเลขทะเบียน การใช้ตามข้อบ่งใช้ ขนาด วิธีและระยะเวลา การแจ้งบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และการขอคำปรึกษาหรือส่งต่อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน ถึงปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน โดยกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–100 คะแนน แปลผลจากค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00–1.80 ไม่เหมาะสม 1.81–2.60 ต้องปรับปรุง 2.61–3.40 พอใช้ 3.41–4.20 เหมาะสม และ 4.21–5.00 เหมาะสมมาก

2.4 แนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้ศึกษาสถานการณ์ ประสบการณ์ ความเชื่อ แหล่งข้อมูล ปัญหาและความเสี่ยงจากการใช้การแพทย์แผนไทย ความต้องการของประชาชน ตลอดจนประโยชน์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะภายหลังการทดลองและการขยายผล

2.5 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประเมินความถูกต้องและความครบถ้วนของเนื้อหา ความเหมาะสมของสื่อและกิจกรรม ความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบท ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และประโยชน์ต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด และ 4.21–5.00 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด พร้อมคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ

2.6 แบบประเมินผลการดำเนินงานและการขยายผล ประกอบด้วยแบบประเมินความเข้าใจและความพร้อมของบุคลากรและ อสม. แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับสื่อ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ แบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความพึงพอใจและความตั้งใจใช้รูปแบบต่อเนื่อง รวมถึงแบบบันทึกความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยแบบประเมินใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนแบบบันทึกใช้การตรวจสอบว่าดำเนินการหรือไม่ดำเนินการ และบันทึกจำนวนครั้งหรือผลการดำเนินงานตามจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมกับบริบท โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระเบียบวิธีวิจัย คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) โดยยอมรับข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .67 ขึ้นไป และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่รวมอยู่ในการศึกษาจริง และ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยเท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชนจำนวน 400 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 24 คน เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหา ความต้องการ และบริบทการดำเนินงานในพื้นที่ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นประเด็นสำหรับพัฒนารูปแบบ

2. พัฒนารูปแบบ นำผลการศึกษาสถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรมเข้าสู่กระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจำนวน 30 คน เพื่อกำหนดองค์ประกอบ กิจกรรม สื่อ คู่มือ และแนวทางดำเนินงาน จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้เบื้องต้นกับประชาชนจำนวน 20 คน ก่อนจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์

3. ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างรวม 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 60 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามรูปแบบ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ ประเมินความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยก่อนและหลังดำเนินการ แล้วเปรียบเทียบผลภายในและระหว่างกลุ่ม

ระยะที่ 2 ขยายผลรูปแบบ

ปรับปรุงรูปแบบจากผลการทดลอง เตรียมความพร้อมบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. และนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ 11 อำเภอ โดย อสม. จำนวน 8,950 คนรับผิดชอบตัวแทนครัวเรือนคนละ 1 คน รวม 8,950 คน มีบุคลากรระดับอำเภอจำนวน 22 คนทำหน้าที่ประสาน กำกับ และติดตามประเมินผลด้านความรอบรู้ พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ความครบถ้วนของการดำเนินงาน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความพึงพอใจ ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของการนำรูปแบบไปใช้

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เลขที่ PPHOREC/2568 COA NO. 59 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการถดถอยพหุคูณ

1.2 เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังภายในกลุ่มด้วย paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยถอดความ จัดรหัส จัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน มีข้อมูลสมบูรณ์ทุกคนและกระจายตามสัดส่วนประชากรอายุ 20 ปีขึ้น

ไปใน 11 อำเภอ มีอายุเฉลี่ย 49.26 ปี (SD = 12.54) อายุระหว่าง 22–79 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 228 คน (ร้อยละ 57.00) มีสถานภาพสมรส 289 คน (ร้อยละ 72.25) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. มากที่สุด 126 คน (ร้อยละ 31.50) และมีรายได้มัธยฐาน 14,400 บาทต่อเดือน (IQR = 9,700–18,925)กลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการการแพทย์แผนไทย ยาไทย หรือสมุนไพร 301 คน (ร้อยละ 75.25) แหล่งข้อมูลหลักคือบุคลากรสุขภาพ 116 คน (ร้อยละ 29.00) รองลงมาคือ อสม. 89 คน (ร้อยละ 22.25) ในกลุ่มผู้ที่เคยใช้การแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพร พบผู้เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6.64

ระดับความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยของประชาชน (n = 400) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการทำความเข้าใจข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการประเมินข้อมูลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เมื่อจำแนกตามระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 266 คน (ร้อยละ 66.50) รองลงมาคือระดับสูง 119 คน (ร้อยละ 29.75) และระดับต่ำ 15 คน (ร้อยละ 3.75)

พฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม โดยพบระดับเหมาะสม 209 คน (ร้อยละ 52.25) พอใช้ 136 คน (ร้อยละ 34.00) เหมาะสมมาก 29 คน (ร้อยละ 7.25) ต้องปรับปรุง 25 คน (ร้อยละ 6.25) และไม่เหมาะสม 1 คน (ร้อยละ 0.25)

ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.455, p<.001) ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ใช้การแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพรสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยระดับการศึกษามีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ได้ร้อยละ 28.70 สำหรับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย พบว่าความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและประสบการณ์ใช้การแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพรเป็นปัจจัยทำนายอย่างมีนัยสำคัญ โดยความรอบรู้มีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 23.20

2. ผลการพัฒนารูปแบบ

ผู้วิจัยนำข้อค้นพบจากการศึกษาสถานการณ์มาพัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน ได้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โมดูลสื่อการเรียนรู้ เช่น คู่มือ วิดีโอสั้น และอินโฟกราฟิก 2) กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยฝึกค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจ และ 3) ระบบสนับสนุนจากชุมชน ผ่านการให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังความเสี่ยง และการส่งต่อโดยบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และ อสม.

ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72, SD = 0.13) โดยด้านความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของกิจกรรม ความชัดเจนของบทบาท อสม. และการติดตามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 5.00) ส่วนการทดลองใช้เบื้องต้นกับประชาชน 20 คน พบว่าผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.41, SD = 0.24) โดยเนื้อหาเข้าใจง่ายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.65, SD = 0.49) รองลงมาคือความสามารถในการนำไปใช้ (Mean = 4.50, SD = 0.61)

ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบโดยลดการใช้ศัพท์วิชาการ เพิ่มภาพประกอบและสถานการณ์ตัวอย่าง ปรับระยะเวลากิจกรรม และเพิ่มคำเตือนเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ตลอดจน

ช่องทางการขอคำปรึกษาและส่งต่อ ก่อนนำรูปแบบไปทดสอบประสิทธิผลในระยะที่ 3

3. ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 60 คน ก่อนการทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.838 และ p=.588ตามลำดับ)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 130.33 คะแนน (SD = 22.76) เป็น 145.83 คะแนน (SD = 19.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 131.13 คะแนน (SD = 19.85) เป็น 131.43 คะแนน (SD = 20.62) และไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง (p=.864)

เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 14.99 คะแนน (95% CI: 10.46–19.52, p<.001, partial η^2=.268) และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทั้งด้านการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลไปใช้

คะแนนพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 3.46 คะแนน (SD = 0.54) เป็น 3.75 คะแนน (SD = 0.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อนและหลังทดลองใกล้เคียงกัน เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 0.27 คะแนน (95% CI: 0.12–0.43, p<.001, partial η^2=.093) แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย

4. ผลการพัฒนาและขยายรูปแบบในพื้นที่จังหวัดพัทลุง

การขยายผลดำเนินการครอบคลุม 11 อำเภอ โดยมี อสม. จำนวน 8,950 คน รับผิดชอบตัวแทนครัวเรือนจำนวน 8,950 คนในอัตราส่วน 1:1 และมีบุคลากรผู้รับผิดชอบระดับอำเภอจำนวน 22 คน

4.1 ผลการเตรียมความพร้อมผู้ดำเนินงาน

ภายหลังการเตรียมความพร้อม อสม. มีคะแนนความเข้าใจรูปแบบเพิ่มขึ้นจาก 2.95 คะแนน (SD = 0.38) เป็น 3.61 คะแนน (SD = 0.42) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.66 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=317.16, p<.001) ส่วนบุคลากรระดับอำเภอมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 3.05 คะแนน (SD = 0.33) เป็น 3.89 คะแนน (SD = 0.35) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.84 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=21.57, p<.001) แสดงว่าผู้ดำเนินงานมีความเข้าใจองค์ประกอบ บทบาท และขั้นตอนการใช้รูปแบบสูงขึ้นภายหลังการเตรียมความพร้อม

4.2 ผลลัพธ์ด้านความรอบรู้และพฤติกรรมของตัวแทนครัวเรือน

ภายหลังการขยายผล ตัวแทนครัวเรือนมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 114.87 คะแนน (SD = 27.84) เป็น 148.58 คะแนน (SD = 22.57) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 33.71 คะแนน (95% CI: 33.25–34.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=143.78, p<.001) และมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 4 ด้าน

คะแนนพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 2.94 คะแนน (SD = 0.78) เป็น 3.49 คะแนน (SD = 0.69) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.55 คะแนน (95% CI: 0.54–0.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=75.02, p<.001)

ก่อนดำเนินงาน ตัวแทนครัวเรือนมีความรอบรู้ระดับสูงร้อยละ 15.88 ภายหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.64 ขณะที่กลุ่มระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 28.23 เหลือร้อยละ 1.85 สำหรับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ผู้ที่มีพฤติกรรมระดับเหมาะสมถึงเหมาะสมมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.69 เป็นร้อยละ 55.75

4.3 ความครอบคลุมและความครบถ้วนของการดำเนินงาน

การขยายรูปแบบครอบคลุมพื้นที่ 11 อำเภอ โดยมีคู่ อสม.–ตัวแทนครัวเรือนจำนวน 8,950 คู่ ผลการดำเนินงานพบว่า ตัวแทนครัวเรือนได้รับสื่อการเรียนรู้ร้อยละ 99.56 เข้าร่วมกิจกรรมครบตามเกณฑ์ร้อยละ 96.58 ได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 95.36 และ 92.10 ตามลำดับ ใช้ช่องทางออนไลน์ร้อยละ 67.91 และใช้บริการให้คำปรึกษาร้อยละ 41.26

เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่าการได้รับสื่อ การเข้าร่วมกิจกรรม และการเยี่ยมบ้านมีความครอบคลุมสูงในทุกพื้นที่ โดยมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.84–99.84 ส่วนการใช้ช่องทางออนไลน์และบริการให้คำปรึกษามีความแตกต่างกันตามบริบทและความพร้อมของประชาชนในแต่ละพื้นที่

ด้านความปลอดภัย พบผู้มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็นจำนวน 1,303 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 และมีผู้จำเป็นต้องส่งต่อจำนวน 463 คน คิดเป็นร้อยละ 5.17 ในจำนวนนี้ส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสำเร็จ 429 คน คิดเป็นร้อยละ 92.66 แสดงว่ารูปแบบสามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม พร้อมเชื่อมโยงการให้ความรู้ การติดตาม และการจัดการความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนร้อยละ 75.25 เคยใช้บริการการแพทย์แผนไทย ยาไทย หรือสมุนไพร สะท้อนว่าการแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันของประชาชนจังหวัดพัทลุง โดยบุคลากรสุขภาพและอสม. เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญ อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้ที่เคยใช้พบอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 6.64 แสดงให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นต้องพัฒนาการสื่อสารเรื่องการเลือกผลิตภัณฑ์ การอ่านฉลากและคำเตือน การใช้ตามข้อบ่งใช้ และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันและการใช้ในผู้มีโรคประจำตัว

ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการทำความเข้าใจข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการประเมินข้อมูลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า แม้ประชาชนจะสามารถรับและเข้าใจข้อมูลพื้นฐานได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เลขทะเบียนผลิตภัณฑ์ คำกล่าวอ้างในการโฆษณา หลักฐานสนับสนุน และความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดให้การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลไปใช้เป็นกระบวนการต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลจึงยังไม่เพียงพอ หากประชาชนไม่สามารถประเมินคุณภาพและความเสี่ยงของข้อมูลได้ การศึกษาของณัชชา พัฒนะนุกิจและคณะ[7] ยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการจัดระบบสื่อสารสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรบนสื่อออนไลน์ให้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

พฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม แต่เมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูล พบว่าประชาชนร้อยละ 40.50 ยังมีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้หรือต่ำกว่า แสดงว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอาจไม่สะท้อนช่องว่างของประชาชนบางกลุ่มอย่างครบถ้วน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบไม่ควรจำกัดอยู่ที่การให้ความรู้ แต่ควรเน้นการฝึกตรวจสอบผลิตภัณฑ์ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือโฆษณา การตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง และการขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพหรือ อสม.

ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ($r=0.455$, $p<.001$) และเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมสูงที่สุด แสดงว่าผู้ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ได้ดี มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 23.20 จึงอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสะดวกใน

การเข้าถึงบริการ และบริบทของครอบครัวหรือชุมชน

ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ใช้การแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพรสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ได้ โดยระดับการศึกษามีน้ำหนักสูงที่สุด อาจเนื่องจากการศึกษาช่วยสนับสนุนทักษะการอ่าน การค้นหา การเปรียบเทียบ และการประเมินข้อมูล ส่วนรายได้อาจเอื้อต่อการเข้าถึงเทคโนโลยี แหล่งข้อมูล และบริการสุขภาพ ขณะที่ประสบการณ์ใช้ช่วยเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับงานของเปมิกา บุญไทยและคณะ[31] ซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 24.90 ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนให้พัฒนารูปแบบที่เน้นทักษะการประเมินข้อมูลและความปลอดภัย ควบคู่กับการใช้บุคลากรสุขภาพและ อสม. เป็นกลไกให้คำปรึกษา ติดตาม และส่งต่อ โดยควรออกแบบสื่อให้เข้าใจง่ายและเหมาะกับประชาชนที่มีระดับการศึกษาและการเข้าถึงทรัพยากรแตกต่างกัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบและการทดสอบประสิทธิผล

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โมดูลสื่อการเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนจากชุมชน รูปแบบดังกล่าวพัฒนาจากข้อมูลสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ทำให้เนื้อหาและกิจกรรมสอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ และการตัดสินใจเมื่อเกิดความเสี่ยง จุดเด่นของรูปแบบจึงเป็นการเชื่อมโยงการให้ข้อมูลกับการฝึกทักษะและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และ อสม. มากกว่าการให้ความรู้แบบทางเดียว

ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการทดลองใช้เบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงว่ารูปแบบมีความถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำไปใช้กับประชาชนได้ การปรับภาษาให้เข้าใจง่าย การเพิ่มภาพประกอบและสถานการณ์ตัวอย่าง ตลอดจนการเพิ่มคำเตือนเรื่องการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ช่วยลดความซับซ้อนของข้อมูลและทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงเนื้อหากับสถานการณ์จริงได้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ มากกว่าการจดจำข้อมูลเพียงอย่างเดียว[14,15]

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังควบคุมคะแนนก่อนทดลองเฉลี่ย 14.99 คะแนน และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (partial η^2 = .268) โดยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งด้านการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลไปใช้ ผลที่เด่นชัดในด้านการประเมินและการนำข้อมูลไปใช้อาจเกิดจากกิจกรรมที่ให้ผู้เข้าร่วมฝึกตรวจสอบแหล่งข้อมูล อ่านฉลาก วิเคราะห์คำโฆษณา พิจารณาข้อห้าม และตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยเปลี่ยนความรู้เชิงเนื้อหาไปสู่ทักษะการตัดสินใจที่สามารถใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

ด้านพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัย กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 0.27 คะแนน และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (partial η^2 = .093) แสดงว่ารูปแบบสามารถส่งผลต่อการปฏิบัติได้ แม้ขนาดผลจะน้อยกว่าด้านความรอบรู้ ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมักเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อเดิม แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความพร้อมของบริการ และโอกาสเผชิญสถานการณ์จริง จึงอาจต้องใช้เวลาและการติดตามต่อเนื่องมากกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทักษะทางปัญญา

ผลการศึกษาสนับสนุนว่าการใช้สื่อที่เข้าใจง่ายร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ และระบบให้คำปรึกษาในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มทั้งความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การศึกษาประเมินผลในระยะสั้น จึงยังไม่สามารถยืนยันความคงอยู่ของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ และควรพิจารณาผลการขยายรูปแบบในพื้นที่ 11 อำเภอร่วมด้วย เพื่อประเมินความเป็นไปได้และการนำรูปแบบไปใช้ภายใต้ระบบบริการจริง

3. ผลการพัฒนาและขยายรูปแบบในพื้นที่จังหวัดพัทลุง

ภายหลังการขยายรูปแบบครอบคลุม 11 อำเภอ ตัวแทนครัวเรือนมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงและค่อนข้างสูงตามลำดับ ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการผสมผสานสื่อที่เข้าใจง่าย กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการติดตามรายครัวเรือนโดย อสม. ทำให้ประชาชนได้ฝึกค้นหา ประเมิน และใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจมากกว่าการได้รับข้อมูลเพียงทางเดียว

ผลการศึกษาสอดคล้องกับกฤติกา นันทประเสริฐ[32] ซึ่งพบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาโดยความร่วมมือของ อสม. รพ.สต. และภาคีชุมชน ช่วยเพิ่มความรอบรู้และการตัดสินใจใช้ยาอย่างปลอดภัย และสอดคล้องกับบุญชัย ภาละกาลและคณะ[33] ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทำให้ อสม. กลุ่มทดลองมีความรอบรู้สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลดังกล่าวสนับสนุนบทบาทของ อสม. ในฐานะกลไกเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งด้านการสื่อสาร การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวัง และการส่งต่อ

ความครอบคลุมของการได้รับสื่อ การเข้าร่วมกิจกรรม และการเยี่ยมบ้านที่มากกว่าร้อยละ 90 สะท้อนความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ผ่านระบบบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม การใช้ช่องทางออนไลน์และบริการให้คำปรึกษามีสัดส่วนต่ำกว่ากิจกรรมแบบเผชิญหน้า สอดคล้องกับณัชชา พัฒนะนุกิจและคณะ[7] ที่พบว่าเครือข่ายโรงพยาบาลและระบบปรึกษาออนไลน์ช่วยเสริมแรงจูงใจและความตระหนักด้านสุขภาพ แต่ประสิทธิผลของการสื่อสารยังขึ้นอยู่กับช่องทางและความพร้อมของผู้รับสาร จึงควรใช้สื่อออนไลน์เสริมการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารโดยตรง ไม่ควรใช้ทดแทนทั้งหมด

การพบผู้มีความเสี่ยงร้อยละ 14.56 และการส่งต่อสำเร็จร้อยละ 92.66 แสดงว่ารูปแบบไม่ได้มุ่งเพิ่มความรอบรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังเชื่อมโยงการเฝ้าระวังความปลอดภัยกับระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ระยะขยายผลเป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงควรตีความผลร่วมกับขนาดอิทธิพลและความครบถ้วนของการดำเนินงาน โดยยังไม่อาจสรุปว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเกิดจากรูปแบบเพียงปัจจัยเดียว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

หน่วยบริการสุขภาพควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ผ่านเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และ อสม. โดยเน้นกิจกรรมฝึกประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ การใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ควรคงระบบเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการส่งต่อไว้เป็นส่วนหนึ่งของบริการปฐมภูมิ พร้อมปรับสื่อและช่องทางการสื่อสารให้เหมาะกับระดับการศึกษาและทักษะดิจิทัลของประชาชนแต่ละกลุ่ม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความคงอยู่ของความรอบรู้และพฤติกรรมในระยะยาว รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย เช่น อาการไม่พึงประสงค์ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน และความสำเร็จของ

การส่งต่อ นอกจากนี้ ควรใช้แบบแผนการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบในระยะขยายผล และประเมินต้นทุน ความคุ้มค่า ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา. 2556;130(ตอนที่ 10 ก):1-19.
2. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. 2562;136(ตอนที่ 56 ก):121-164.
3. พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา. 2542;116(ตอนที่ 120 ก):49-69.
4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2568.
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รู้ให้จริง เลือกให้เป็น อย. ชวนคนไทยใช้สมุนไพรอย่างมั่นใจ สุขภาพดี ไร้โรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.fda.moph.go.th/news/1810
6. World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025-2034. Geneva: World Health Organization; 2025.
7. ณัชชา พัฒนะนุกิจ, กนกรัตน์ ยศไกร, รัชนี จันทร์เกษ, วัชราภรณ์ นิลเพ็ชร์, พรเพ็ญ ชวลิตธาดา. การสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรบนสื่อออนไลน์ในประเทศไทย. วารสารจันทรเกษมสาร. 2565;28(2):301-315.
8. กิ่งแก้ว มาพงษ์, ปรียาภรณ์ ตารุพิน, ปิยธิดา สีทา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรชนิดรับประทานของผู้สูงอายุในตำบลขามขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขศาสตร์. 2567;16(3):139-150.
9. Dehghan M, Mohebi Rad M, Ahmadi Lari L, Ghorbani-nejad B, Mohebi-Rad M. The relationship between use of complementary and alternative medicine and health literacy in chronically ill outpatient cases: a cross-sectional study in southeastern Iran. Front Public Health. 2023;11:988388. doi:10.3389/fpubh.2023.988388.
10. Mohammadi S, Asghari G, Emami-Naini A, Mansourian M, Badri S. Herbal supplement use and herb-drug interactions among patients with kidney disease. J Res Pharm Pract. 2020;9(2):61-67. doi:10.4103/jrpp.JRPP_20_30.
11. Kerdpon D, Sriplung H. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. Oral Oncol. 2001;37(2):127-131.
12. Davis GE, Bryson CL, Yueh B, McDonell MB, Micek MA, Fihn SD. Treatment delay associated with alternative medicine use among veterans with head and neck cancer. Head Neck. 2006;28(10):926-931. doi:10.1002/hed.20420.
13. Mohd Mujar NM, Dahlui M, Emran NA, Abdul Hadi I, Wai YY, Arulanantham S, et al. Complementary and alternative medicine use and delays in presentation and diagnosis of breast cancer patients in public hospitals in Malaysia. PLoS One. 2017;12(4):e0176394. doi:10.1371/journal.pone.0176394.
14. 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):259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.

15. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
16. World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 1. Overview. Geneva: World Health Organization; 2022.
17. Shreffler-Grant J, Nichols EG, Weinert C. Community-based skill building intervention to enhance health literacy among older rural adults. West J Nurs Res. 2021;43(7):668-676. doi:10.1177/0193945920958014.
18. Weinert C, Nichols E, Shreffler-Grant J. A complementary and alternative medicine health literacy skill-building programme. Health Educ J. 2021;80(3):327-336. doi:10.1177/0017896920974060.
19. ปริญา ถมอุดทา, อดิศักดิ์ ถมอุดทา. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล. วารสารอาหารและยา. 2564;28(3):69-86.
20. พรพรรณ มนสัจจกุล, ศุภรดา ชุมพาลี, ถนอม มงคลผิวทอง. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนห้วยโรง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;15(1):82-93.
21. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: a systematic review of implementation and impacts. PLoS One. 2020;15(4):e0231350. doi:10.1371/journal.pone.0231350.
22. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
23. กุสุมาลย์ น้อยผา, วิทวัส หมาดอี, ปิยะนุช สุวรรณรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยของประชาชน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2562;7(1):59-68.
24. สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, เรณู สะแหละ, ยุวดี กองมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(1):50-59.
25. กุสุมาลย์ น้อยผา. ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยผดุงครรภ์แผนไทยในชุมชนป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2562;5(1):35-50.
26. O'Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. BMJ Open. 2019;9:e029954. doi:10.1136/bmjopen-2019-029954.
27. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061. doi:10.1136/bmj.n2061.
28. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.
29. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health. 1999;89(9):1322-1327. doi:10.2105/AJPH.89.9.1322.
30. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment

Health. 2011;38(2):65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7.

31. เปมิกา บุญไทย, ปัทมา สุพรรณกุล, อนุสรา สีหนาท. ปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2567;18(2):103-112. doi:10.14456/jbidi.2024.10.

32. กฤติกา นันทประเสริฐ. ผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนต้นแบบชุมชนปากตะโก จังหวัดชุมพร. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2568;5(1):121-135.

33. บุญชัย ภาละกาล, ไขนภา มิ่งชัย, อรนิตย์ จันทะเสน. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(2):e270927.